ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА



А. Б. Холмогорова

А.Б. ХОЛМОГОРОВА

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

МЕДПРАКТИКА-М
Москва 2011

УДК 616.89
ББК 88.4; 56.14
Х 725

Холмогорова А.Б.
ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА
– М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.

Данная монография посвящена разработке теоретических и эмпирических оснований интегративиой психотерапии расстройств аффективиого спектра – депрессивных тревожных, соматоформных. С позиций системного биопсихосоциального подхода, культурно-исторической психологии и неклассической иауки в ней дискутируются наиболее острые методологические проблемы современной психотерапии: концепции психической патологии, пути интеграции знаний, принципы исследований эффективности.

Приводится обширный обзор теоретических моделей, методов психотерапии и эмпирических исследований депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств. Подробно, с описанием методик и количественными выкладками, приводятся результаты оригинальных исследований этих расстройств. Предлагаются методологические средства синтеза наиболее ценных и обоснованных разработок – многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель семейной системы. Описывается разработанная на их основе модель интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра и факторы ее эффективности (с примерами из клинической практики).

Книга адресована клиническим психологам, психиатрам, психотерапевтам и другим специалистам, работающим в системе образования и здравоохранения и интересующимся проблемой синтеза знаний в современных науках о психическом здоровье и разработкой эффективных интегративно ориентированных методов профилактики и лечения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств.

Монография подготовлена и издана при поддержке РФФИ,
гранты № 08-06-00331а и № 10-06-07-163д



ISBN 978-5-98803-233-5

Оглавление

[1]Написана совместно с Н.Г. Гаранян

[2]Написаны совместно с Т.В. Довженко и Н.Г. Гаранян

Посвящается светлой памяти моих родителей Бориса Георгиевича Скобина и Греты Болеславовны Гедро

Предисловие

Данная монография – плод многолетней работы целого научного коллектива. Она посвящена психотерапии расстройств аффективного спектра, изучением которых мне и моим коллегам пришлось заниматься на протяжении последних двадцати лет. Подход, который мы совместными усилиями развивали, можно назвать научно-практическим, так как главным для нас был практический результат исследований – лучшее понимание проблем наших пациентов и повышение качества помощи им.

Тем не менее, в предлагаемой монографии детально рассматриваются проблемы общеметодологического характера, без анализа и осмысления которых мне представляется затруднительной продуктивная практическая и исследовательская работа в психотерапии.

Можно выделить несколько наиболее острых проблем – узловых точек, вокруг которых ведется оживленная дискуссия в международном психотерапевтическом сообществе:

1) тенденция к натурализации человеческой психики и игнорированию роли культуры в ее развитии и различных нарушениях, усиливаемая в последнее время успехами нейронаук;
2) рассмотрение процессов, происходящих в психотерапии, в контексте проблемы развития психики;
3) поиск нового концептуального аппарата для описания механизмов, лежащих в основе психической саморегуляции;
4) возможности и пути интеграции различных моделей психической патологии и основанных на них методов психологической помощи;
5) кризис методологии научных исследований психотерапии и поиск выхода из него.

В данной монографии так или иначе затрагиваются все эти проблемы и намечаются возможные пути их решения. Методологическими основаниями для этого являются системный биопсихосоциальный под-

ход к психической патологии, культурно-историческая концепция развития психики Л.С.Выготского, разработки понятия «рефлексия» в российской психологии мышления и понятия «неклассическая наука» в отечественной методологии и философии.

В решении *первой* из упомянутых выше проблем основной опорой является культурно-историческая теория развития психики Л.С. Выготского, посвятившего немало усилий доказательству того, что специфику человеческой психики и ее нарушений следует искать, прежде всего, в культуре, в языке. Культурно-историческая концепция зарождалась в оппозиции к натуралистической, рассматривающей психику человека как полностью естественное природное образование. Л.С. Выготский развел натуральные, природные и высшие (собственно человеческие) психические функции по ***критерию опосредствованности*** последних. Это означает, что собственно человеческие или высшие психические функции не предзаданы эволюционно, а формируются в процессе интериоризации определенных культурных средств их организации, т.е. они являются продуктом и функцией, прежде всего, развития культуры, а не эволюции мозга. Именно в этом заключается принципиальное отличие человеческой психики от психики животных. Главным же достижением биологической эволюции является максимальная пластичность человеческого мозга, обеспечивающая возможность интериоризации широкого спектра специфических для разных культур средств в процессе освоения различных культурных практик и способов поведения.

Вторая «узловая точка» связана с анализом психических процессов, происходящих в ходе психотерапии, в контексте проблемы развития и совершенствования психического аппарата. С позиций культурно-исторической психологии психическую патологию можно рассматривать как дефицит средств организации и регуляции психики, а психотерапию как процесс, в котором происходит компенсация этого дефицита и возникновение психических новообразований, способствующих расширению возможностей саморегуляции. Исходя из этого, деятельность психотерапевта трактуется в данной работе не просто как устранение симптомов болезни, но как компенсация лежащих в их основе дефицитов через развитие психического «инструментария».

Поиск механизмов, обеспечивающих регуляцию эмоциональных состояний, поведения и общения, стал *третьим* эпицентром современных исследований в области психотерапии. Это выражается в стре-

мительном росте числа близких по смыслу понятий, описывающих процессы саморегуляции и коммуникации – «ментализация», «эмоциональный интеллект», «социальные когниции», «метакогниции», «theory of mind», «reflexive awareness» и т.д. Эти понятия отражают сходную психическую реальность, на которой сконцентрированы интересы специалистов, разрабатывающих новые методы лечения различных психических расстройств. Наиболее полно, на наш взгляд, она описывается с помощью понятия «рефлексия», имеющего глубокие корни в философской традиции, которая акцентирует свободу воли человека и понимает рефлексию в качестве важнейшего механизма этой свободы. Наполнение этого понятия психологическим смыслом позволяет рассматривать рефлексию как основу эмоциональной саморегуляции, произвольности поведения и эффективного взаимодействия с другими людьми. Данная категория стала предметом углубленной разработки в отечественной психологии мышления и обладает, на наш взгляд, значительным эвристическим потенциалом в решении проблемы саморегуляции.

В центре данной монографии находится *четвертая* из выделенных выше актуальных проблем современной психотерапии – проблема интеграции психотерапевтических знаний и методов, выработанных в концептуально различных подходах. Исторически развитие психотерапии привело к становлению традиций, которые долгое время находились в оппозиции друг к другу. Однако ценный опыт, накопленный в рамках каждой из них, требовал учета и освоения. В своей практической деятельности психотерапевты уже давно стихийно идут таким путем. Поиск научных оснований интеграции, которые способствовали бы повышению эффективности психотерапии, по-прежнему актуален. В данной работе эта задача решается в опоре на системный биопсихосоциальный подход к психической патологии и представления о неклассической науке, разработанные в отечественной методологии и философии.

Самые разные исследователи фиксируют наличие выраженного методологического кризиса в области исследований психотерапии и факторов ее эффективности. Таким образом, это еще один – *пятый* эпицентр споров и дискуссий, который также стал предметом специального анализа в данной монографии. Золотым стандартом в исследованиях эффективности психотерапии стала так называемая методология доказательной медицины, основанная на проведении рандо-

мизированных контролируемых исследований (RCTs)[1]. Казалось бы, переход исследователей психотерапии «под знамя» доказательной медицины можно приветствовать. Ведь именно в результате такого рода исследований в настоящее время в серьезных медицинских кругах фактически прекратились споры о том, нужна ли психотерапия. Во всем цивилизованном мире она признана важным подходом в лечении психических расстройств, а услуги психотерапевтов оплачиваются через страховые кассы.

Однако кризис методологии RCTs отмечается даже в отношении биологической терапии: «При попытках создать практические руководства, основанные на принципах доказательности, мы сталкиваемся с противоречиями в методологии рандомизированных контролируемых исследований. Стремление к внутренней достоверности приводит к высокоселективной выборке, означающей, что результаты не могут быть с легкостью распространены в "реальный мир", в то время как погоня за высокой репрезентативностью выборок создает методологические отклонения» (Katsching, 2010; P. 22). Иными словами, искусственный отбор диагностически «чистых пациентов» для исследования (один из важнейших принципов RCTs) делает такую выборку малорепрезентативной, а отказ от специального отбора пациентов и работа с репрезентативной выборкой создают методологические трудности из-за недостаточной гомогенности такой группы.

Помимо конфликта между чистотой и репрезентативностью выборки существует конфликт между чистотой и репрезентативностью методов, так как большинство доказательных исследований как в отношении медикаментов, так и психотерапии получены при монотерапии (отдельные лекарства или отдельные техники соответственно), между тем в практике широко применяется комбинация разных препаратов и различных психотерапевтических подходов и приемов.

Вышеназванные противоречия описываются как конфликт между внутренней и внешней (клинической) валидностью исследования, а в качестве решения предлагаются разные пути компенсации этого противоречия (Caspar, 2010). Важной тенденцией является возврат к так называемым натуралистическим моделям исследования, т.е. изучению факторов эффективности процесса психотерапии в обычных, естественных условиях – без рандомизации выборок и жесткого следования про-

[1]Randomized controled trails

токолу, но с подробной характеристикой обследуемых пациентов и процедуры психотерапии, а также с применением количественных методов в оценке ее эффективности.

Такого рода компромисс называют «сбалансированным исследованием», хотя и его сторонники подчеркивают, что он не решает всех возникающих проблем (там же). На наш взгляд, в поиске такой сбалансированной методологии могут оказаться полезными разработки отечественных методологов о неклассических науках, которые приходят на смену классическим на этапе приложения накопленных в разных научных школах и направлениях знаний к решению сложных практических задач, т.е. когда с неизбежностью возникает задача синтеза разнородных предметов и методов.

Не претендуя на решение всех этих сложнейших проблем современной психотерапии, хочу выразить надежду, что представляемая вниманию специалистов работа поможет найти некоторые ответы на волнующие их вопросы. Ее осуществление стало возможным, благодаря усилиям многих моих коллег-единомышленников, с которыми меня связывает многолетняя совместная работа, направленная на улучшение качества психологической помощи людям, которые в ней нуждаются.

В исследованиях и подготовке материалов для монографии принимали непосредственное участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ: ведущие научные сотрудники Н.Г. Гаранян и Т.В. Довженко, научные сотрудники С.В. Воликова, А.А.Далныкова, И.В. Никитина, Г.А. Петрова, О.Д. Пуговкина, Т.Ю. Юдеева, а также студенты и аспиранты одноименной кафедры факультета психологического консультирования Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ) А.М. Галкина, А.А. Дадеко, Я.Г. Евдокимова, Д.Ю. Кузнецова А.В. Кульчицкая, А.И. Косарева, К.Г. Шестакова. Статистическая обработка данных проводилась при участии сотрудников МГППУ М.Г. Сороковой и О.Г. Калины. Техническая поддержка осуществлялась сотрудниками лаборатории клинической психологии и психотерапии МННИ психиатрии В.В. Микошей и В.В. Красновой, а также сотрудниками МГППУ В.А. Матыцыной, Н.С. Смирновой и Л.Н. Якубовой. Хочу выразить всем им свою самую глубокую признательность и благодарность.

Особо я бы хотела отметить вклад в этот труд моего постоянного партнера по научной и практической работе Н.Г. Гаранян. Многие идеи,

положенные в основу данной монографии, а также представленные в ней практические разработки являются продуктом наших совместных исследований, бесед, попыток осмысления причин психической боли и выработки путей совладания с ней.

Хочу также поблагодарить моего мужа В.К. Зарецкого за важные методологические консультации и неоценимую психологическую поддержку в процессе подготовки данной монографии, а также моего сына Ю.В. Зарецкого за техническую помощь.

Выражаю искреннюю благодарность редактору данного издания В.Г. Щур за высокий профессиональный уровень работы с научным текстом, а также деликатное и бережное отношение к тексту и его автору.

В заключение, но не в последнюю очередь, я бы хотела выразить признательность директору Московского НИИ психиатрии В.Н. Краснову за поддержку психологического направления и атмосферы свободного научного поиска, что в значительной степени способствовало продвижению цикла исследований, представленных в данной монографии.

Введение

В последние десятилетия во всем мире наблюдается значительный рост числа расстройств аффективного спектра, среди которых депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются наиболее эпидемиологически значимыми. По уровню распространенности они являются безусловными лидерами среди других психических расстройств. Ученые и практики говорят о наступлении «эры аффективных расстройств». По различным данным ими страдают до 30% обращающихся в поликлиники и от 10 до 20% людей в общей популяции (Смулевич, 2003; Шиньон, 1991; Rief, Hiller, 1998; Kessler, 1994; Ustun, Sartorius, 1995; Wittchen, 2005). Экономическое бремя, связанное с их лечением и потерей трудоспособности, составляет значительную часть бюджета в системе здравоохранения разных стран (Карсон, Батчер, Минека, 2000; Любов, Саркисян, 2006; Wittchen, 2005). Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются важными факторами риска возникновения разных форм химической зависимости (Гофман, 2003; Wittchen, 1998) и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний (Вертоградова, 1988; Васюк, и соавт. 2004; Краснов, 2000; Соколова, Николаева, 1995).

Наконец, депрессивные и тревожные расстройства являются основным фактором риска суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест (Войцех, 2006; Старшенбаум, 2005). На фоне социально-экономической нестабильности последних десятилетий в России имеет место значительный рост числа аффективных расстройств и суицидов у молодежи, пожилых людей, трудоспособных лиц мужского пола (Войцех, 2006; Полищук, 2006). Отмечается также рост субклинических эмоциональных нарушений, которые включаются в границы расстройств аффективного спектра (Akiskal et al., 1980, 1983; Angst et al, 1997) и оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни и социальную адаптацию.

До сих пор остаются дискуссионными критерии выделения различных вариантов расстройств аффективного спектра, границы между ними, факторы их возникновения и хронификации, мишени и методы помощи (Бобров, 1990; Вертоградова, 1980, 1985; Корнетов, 2000; Крас-

нов, 2003; Мосолов, 2002, 2007; Пантелеева, 1998; Смулевич, 2003; Winokur, 1979; Rief, Hiller, 1998). Большинство исследователей указывает на важность комплексного подхода и эффективность комбинации медикаментозной терапии и психотерапии при лечении этих расстройств (Вертоградова, 1985; Бобров, 1998; Тхостов, 1997; Perrez, Baumann, 2005; Senf, Broda, 2000). При этом в разных направлениях психотерапии и клинической психологии анализируются различные факторы упомянутых расстройств и выделяются специфические мишени и задачи психотерапевтической работы (Карвасарский и др., 2000; Перре, Бауман, 2002; Василюк, 2003).

В рамках теории привязанности, системно ориентированной семейной и динамической психотерапии отмечают нарушение семейных взаимоотношений в качестве важного фактора возникновения и течения расстройств аффективного спектра (Боуэн, 2005; Эйдемиллер, Юстицкис, 2000; Соколова, 2002; Arietti, Bemporad, 1983; Bowlby, 1980). Когнитивно-бихевиоральный подход акцентирует дефицит навыков, нарушения процессов переработки информации и дисфункциональные личностные установки (Гаранян, 1996, 2010; Холмогорова, 2001а,б; Beck, 1976). В рамках социального психоанализа и динамически ориентированной интерперсональной психотерапии подчеркивается важность нарушения межличностных контактов (Хорни, 1993; Klerman et al., 1997). Представители экзистенциально-гуманистической традиции на первый план выдвигают нарушение контакта со своим внутренним эмоциональным опытом, трудности его осознания и выражения (Роджерс, 1997). Все упомянутые факторы возникновения и вытекающие из них мишени психотерапии расстройств аффективного спектра не исключают, а взаимно дополняют друг друга, что обусловливает необходимость интеграции различных подходов при решении практических задач оказания психологической помощи.

Хотя задача интеграции все больше выдвигается на первый план в современной психотерапии, ее решение затрудняется значительными различиями существующих подходов (Лазарус, 2001; Соколова, 2002; Perrez, Baumann, 2005; Alford, Beck, 1997; Caspar, 2010; Grave, 1998; Senf, Broda, 2000), что делает актуальной разработку теоретических оснований синтеза накопленных знаний. Следует также указать на дефицит комплексных эмпирических исследований, подтверждающих важность различных факторов и вытекающих из них мишеней помощи (Blatt, 1995; Kendler, Kessler et al., 1995; Kellner, 1990; Brugha, 1995).

Поиск путей преодоления этих препятствий является важной научной задачей, решение которой предполагает разработку методологических средств интеграции, проведение комплексных эмпирических исследований психологических факторов расстройств аффективного спектра и разработку научно обоснованных интегративных методов психотерапии этих расстройств.

Разработка научных оснований психотерапии предполагает определение методологического статуса психотерапии, как области науки и практики. В философии и методологии существуют разные подходы к классификации наук и, соответственно, типов знания. Традиционно, начиная с работ немецкого философа В. Виндельбандта, противопоставляются естественные и гуманитарные науки. Эта оппозиция привела к разделению психологии на объяснительную и понимающую, а психотерапии на так называемую медицинскую и гуманистическую модели. Представители последней критикуют медицинскую модель, как овеществляющую человека при исследовании причин психических нарушений, и настаивают на принципиальном отказе от диагностики и диагнозов.

Однако многие исследователи приходят к выводу о непродуктивности противопоставления объяснения и понимания и придерживаются лозунга известного современного философа П. Рикера: «Больше объяснять, чтобы лучше понимать» (Рикер, 1995). Мы также старались следовать ему в данной работе, предлагая объяснительные модели, построенные на основе длительного опыта практической работы и понимающего проникновения в переживания страдающего человека, дополняя методы качественного анализа количественными. На необходимость сочетания этих методов в исследованиях психотерапии и выработку так называемой «сбалансированной» исследовательской методологии указывают современные ведущие эксперты (Caspar, 2010).

Один из возможных путей решения этой задачи предлагается нами в опоре на классификацию научного знания, предложенную в отечественной философии и методологии, а именно, разделение наук на классические и неклассические[1]. Тесно связано с ним различение академической и практической психологии, предложенное Ф.Е. Василюком (2003).

---

[1]Это различение было дополнено В.С. Степиным (1976) представлением о постнеклассическом периоде развития наук, когда на первый план при получении и использовании современного научного знания выдвигаются нравственно-этические проблемы.

Центральная особенность неклассических наук выражена в емком названии книги В.Г. Горохова 1987 г. издания – «Знать, чтобы делать». В.С. Швырев пишет о возникновении нового типа знания и нового типа науки, которая в отличие от классической имеет дело с деятельностными объектами и сама превращается в проектную деятельность, включается в практическую деятельность в качестве ее идеального плана. Он подчеркивает, что именно в науке такого типа возможно сочетание принципа научно-рационального познания с реализацией гуманистических ценностей и установок не в виде внешнего требования, а как нормы работы.

Неклассические научные дисциплины возникают на том этапе развития науки, когда она ставится перед необходимостью решения сложных практических задач, требующих комплексного учета различных факторов.

Появление такого рода задач ставит проблему интеграции знаний и методов, поэтому на смену конкурентной борьбе различных научных школ неизбежно приходит необходимость использования и интеграции их достижений на практике. Именно с решением практических задач в значительной степени связан переход от конфронтации к интеграции и признание относительности и частичности любого знания. Последнюю методологическую установку в современной психологии А.В. Юревич назвал методологическим либерализмом (Юревич, 2005), а С.Д. Смирнов плюрализмом (Смирнов, 2004). На наш взгляд, *признание психотерапии неклассической научной дисциплиной позволяет во многом прояснить ее статус и разработать адекватную методологию научных исследований.*

Поэтому задача синтеза знаний при разработке модели интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра решалась нами в опоре на представления о неклассической науке и на системный биопсихосоциальный подход к психической патологии. Современные системные модели психических расстройств, направленные на учет достижений из разных областей науки, зачастую лишь декларативно признаются исследователями и практиками, а в реальности по-прежнему существует выраженный разрыв между знаниями, полученными в разных направлениях и школах. В монографии предлагаются и описываются оригинальные методологические средства такого синтеза – *многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель семейной системы.*

Разработка научных оснований интеграции наиболее важных достижений современной науки на основе указанных средств – главная задача работы, ведущейся, начиная с 1990-х гг., научным коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии. Главным итогом этой работы, направленной на создание теоретической и эмпирической базы интеграции различных методов лечения расстройств аффективного спектра, является создание *научно-обоснованной модели интегративной психотерапии,* соединяющей наиболее эвристические идеи и эффективные приемы помощи пациентам, страдающим этими расстройствами. В соответствии с нормами неклассической науки она является принципиально открытой для дальнейшего развития и пополнения новыми данными.

РАЗДЕЛ I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА: ПРОБЛЕМА СИНТЕЗА ЗНАНИЙ

Глава 1
Расстройства аффективного спектра: эпидемиология, классификация, проблема коморбидности

К аффективному спектру относится целый ряд расстройств, которые выделены в современной классификации в отдельные кластеры. Это аффективные расстройства настроения (F3), тревожные (F40, F41, F42) и соматоформные расстройства (F45), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), некоторые формы психосоматической патологии с преобладанием психовегетативного компонента, расстройства пищевого поведения, прежде всего нервная булемия (F50.2), а также субклинические состояния в виде различных эмоциональных нарушений. Традиция выделения расстройств аффективного спектра как целой области различных клинических и субклинических форм психической патологии восходит к работам американского исследователя Дж. Винокура. В 1970-х гг. он вводит понятие расстройств депрессивного или аффективного спектра, желая подчеркнуть общую биологическую природу целого ряда состояний (Winokur, 1973).

Среди расстройств аффективного спектра наиболее эпидемиологически значимыми являются депрессивные, тревожные и соматоформные. Традиция рассматривать их как расстройства одного спектра продолжается в работах зарубежных и отечественных авторов (Вертоградова, 1985; Краснов, 2003; Смулевич, 2003; Akiskal et al., 1980, 1983; Hudson., Pope, 1994). Основаниями для этого служит общность феноменологических проявлений, биологических механизмов, закономерностей динамики. Хотя в современной классификации психических расстройств МКБ-10 эти расстройства находятся в разных кластерах, их отличает высокая коморбидность. Дискуссии относительно факторов их возникновения и течения, границ между ними и оснований для их классификации продолжаются по сей день (МКБ-10; Бобров, 1990; Вертоградова, 1980, 1985; Корнетов, 1992; Краснов, 2000; Мосолов, 2002, 2007; Пантелеева, 1998; Смулевич, 2003; Тиганов, 1997, 1999; Холмогорова, Гаранян, 1998 а,б; Rief, Hiller, 1998). Остановимся на вопросах эпидемиологии, классификации и проблеме коморбидности каждого из них.

1.1. Депрессивные расстройства

Эпидемиология

В настоящее время расстройства настроения в форме депрессий являются самым распространенным психическим заболеванием в общей популяции и в популяции больных, обращающихся к врачам общей медицинской практики и к психиатрам. Около 100 млн человек ежегодно обращаются за помощью по поводу депрессивных состояний (Sartorius, 1990). Американские исследования показали, что распространенность в популяции большого депрессивного расстройства по критериям DSM-III-R на протяжении жизни и за 12 мес составляет 17,1% и 10,3%, соответственно (Kessler et al., 1994). Пациенты с выраженной депрессией составляют 6–10% от числа обращающихся в первичную медицинскую сеть (Katon, 1998). Многие специалисты отмечают неуклонный рост этого вида патологии и провозглашают «эру аффективных болезней». Затраты, связанные с экономическим бременем депрессий в США составили 16 млрд долларов в 1986 г. и 30 млрд в 1995 г. (Paykel, Brugha, Fryers, 2005). К началу XXI в. 40% от всего объема психической патологии в мире составили депрессивные расстройства вместе с тревожными (WHO, 2000), причем рост депрессивных расстройств происходит за счет униполярных непсихотических форм (Лобачева, 2005). Хотя риск для женщин (10–25%) значительно превышает риск для мужской популяции (10–12%), отмечается также выравнивание риска депрессивного расстройства между полами и «омоложение современного лица» депрессии – увеличивается распространенность депрессивных расстройств среди молодежи. Еще одной важной особенностью является тенденция к хроническому течению, причем риск рецидивов увеличивается с числом перенесенных эпизодов болезни (Hirschfield, 2000).

Сбор данных о распространенности депрессий в нашей стране был значительно затруднен отсутствием единой классификационной системы. Тем не менее, полученные в 1990-х гг. рядом исследователей данные также свидетельствуют о значительной распространенности этого заболевания. Так, говоря о пациентах психоневрологических диспансеров, О.П. Вертоградова и соавторы (1994) определяют распространенность депрессий 64%. В ходе невыборочного популяционного обследования на одном из московских предприятий депрессия была выявлена у 26% работников. Среди обратившихся к терапевту первичной

медицинской сети 68% пациентов имели признаки депрессии. По данным сотрудников Научного Центра психического здоровья РАМН РФ среди пациентов, обратившихся в кабинет неврозов московской районной поликлиники, 34% страдали депрессиями различной тяжести. Л.М. Шмаонова и Е.А. Бакалова (1998) провели клинико-статистический анализ первичных обращений к психиатру почти двух тысяч пациентов за первые пять лет работы кабинета неврозов поликлиники одного из районов Москвы. Депрессивные расстройства различного генеза составили 38,2% всех обращений. В свою очередь, две трети из них составили психогенные реактивные расстройства. По последним эпидемиологическим данным численность больных депрессией россиян составляет 6–7% населения, что равняется половине нуждающихся в помощи психиатра граждан, однако не более 10% из них получают эту помощь (Ротштейн, Богдан, Суетин, 2005).

Депрессия служит одной из важнейших причин снижения трудоспособности. Степень ее утраты превышает аналогичный показатель при основных хронических заболеваниях соматического характера: депрессивные больные имели в 11 раз больше дней нетрудоспособности, чем «недепрессивные больные» (Paykel, 1998; Paykel, Brugha, Fryers, 2005). Количество дней, проведенных в постели больными депрессивными расстройствами, включая субклинический регистр, выше чем при таких серьезных соматических заболеваниях как гипертония, диабет или артрит (Kessler, Frank, 1997). Заболеваемость депрессией наносит серьезный экономический урон большинству развитых стран (Wells, 1989). Согласно материалам ВОЗ в 1990 г. большая монополярная депрессия по тяжести ведущих причин экономического «бремени болезни» занимала четвертое место (Материалы ВОЗ, 2007). Около половины всех экономических затрат на психические расстройства в США приходятся на долю депрессии, причем они лишь вдвое меньше по сравнению с затратами на онкологические и втрое на сердечно-сосудистые заболевания. В Европе эти затраты составляют третью часть общих расходов на психические болезни (Rice, Miller, 1995).

Депрессия является одним из основных факторов суицидов, рост которых отмечается во всем мире, особенно среди молодежи. Самоубийства в возрастной группе 15–34 лет являются ведущими причинами смертности трудоспособного населения (Материалы ВОЗ, 2001). По количеству самоубийств Россия занимает второе место среди европейских стран. Оценивая показатели самоубийств, ВОЗ признала, что наша страна на-

ходится в чрезвычайной ситуации. Отсутствие государственных программ по превенции суицидов вдвойне утяжеляет ситуацию (Войцех, 2006). Рост числа самоубийств среди молодежи остро ставит задачу выявления групп риска и основных психологических факторов депрессии и тесно связанного с ней суицидального поведения.

Классификация

Широкий диапазон проявлений депрессивных расстройств осложняет диагностику и порождает множество критериев и оснований для классификации. Среди клиницистов нет единого взгляда на понимание и деление депрессивных состояний. С.Н. Мосолов (2002) указывает, что разногласия возникают уже в терминологическом определении депрессии. В рамках определения сути депрессий некоторыми авторами ставится вопрос о возможных вариантах понимания депрессии как универсальной человеческой реакции на ситуации фрустрации или стресса; как симптома, т.е. собственно угнетенного настроения; синдрома, т.е. сочетания подавленного настроения с другими симптомами; как психического заболевания, т.е. длительного наличия или повторения данного синдрома с нарушением уровня социальной адаптации.

Эта дискуссия требует выделения необходимых психопатологических критериев для диагностики депрессии. Несмотря на разницу в подходах, исследователи выделяют в качестве основного признака депрессивный (гипотимный) аффект. Однако никакое психопатологическое расстройство не может быть определено нарушением только одной сферы психической деятельности, в частности, аффективной. Так и в структуре депрессивного синдрома всегда присутствуют расстройства познавательных и мотивационных процессов. Клиническая картина определяется разнообразным сочетанием подавленного настроения, торможения интеллектуальной и моторной деятельности, снижения витальных побуждений, пессимистической самооценки и соматовегетативных расстройств (Краснов, 2001 а,б; Краснов с соавт., 2000).

Отсутствие четкой и повсеместно признанной классификации депрессий проявляется в том, что в некоторых психиатрических школах выделяется большое количество детально расчлененных синдромов, так что синдромальная группировка приближается к симптоматической, в других, наоборот, расширенный синдром подменяет нозологическую единицу.

Наиболее очевидными и общепризнанными являются следующие варианты деления депрессий: реактивные – эндогенные (в соответствии

с причинами возникновения), психотические – невротические (по уровню, или регистру психического поражения), простые – сложные (по наличию или отсутствию симптоматики иных психопатологических регистров) (Мосолов, 1995).

Истоки классического разделения депрессий по принципу ведущей роли в их генезе внешних и внутренних факторов идут от Э. Крепелина, который в 1904 г. ввел понятие «психогенного невроза», а затем отделил «психогенную депрессию», вызываемую сильным эмоциональным переживанием от маниакально-депрессивного психоза и органической депрессии. Независимо от школ и направлений многие исследователи выделяют эндогенные депрессии.

Ю.Л. Нуллер (1981) указал на две тенденции в выделении депрессивных синдромов в клинической психиатрии: 1) обозначение в качестве синдромов наиболее устойчивых и часто встречающихся сочетаний симптомов; 2) выделение наиболее важных с точки зрения исследователей симптомов в качестве ведущего основного критерия аффективного синдрома и группировка вокруг него остальной симптоматики.

На основе опыта применения психотропных лекарственных средств в качестве основания классификации было предложено использовать соотношение тревоги и тоски в структуре депрессивного синдрома. Используя критерии аффективной структуры синдрома (соотношение тоска/тревога) и интенсивности аффективного напряжения Ю.Л. Нуллер выделяет следующие синдромы, которые составляют закономерный ряд по мере увеличения удельного веса тревоги: анергическая депрессия, меланхолический и тревожно-депрессивный синдромы.

Популярной в нашей стране является классификация Е.С. Авербуха (1962). Она включает шесть синдромов: меланхолический, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, астено-депрессивный, деперсонализационно-депрессивный и навязчиво-депрессивный. В основу положен принцип обязательного наличия депрессивного настроения и наличия или отсутствия следующих симптомов: тревоги, ипохондрии, астении, деперсонализации, обсессий.

О.П. Вертоградова (1980) классифицирует депрессии по ведущему аффекту на тревожные, тоскливые, апатические и недифференцированные. При отсутствии какого-либо депрессивного аффекта, но наличии других признаков депрессии диагностируется маскированная депрессия. Расстройства в двигательной или идиоторной сферах имеют ассоциированное значение, по этому критерию выделяются заторможен-

ная, ажитированная, смешанная, или сложная, (при сочетании заторможенности и возбуждения) и диссоциированная (при отсутствии нарушений в идеомоторной сфере) формы депрессий.

В современной классификации психических расстройств МКБ-10 основными критериями служат типы течения (биполярный, монополярный, а также эпизодический, реккурентный или хронический характер расстройства) и глубина или степень тяжести (легкое, умеренное, тяжелое расстройство). Как отмечают создатели классификации, «Взаимоотношения между этиологией, симптомами, биохимическими процессами, лежащими в основе заболевания, реакцией на лечение и исходом аффективных расстройств до сих пор недостаточно изучены и не позволяют их классифицировать в таком виде, чтобы получить всеобщее одобрение» (МКБ-10, 2001; С. 111). Так, создателями классификации прямо высказываются сомнения в обоснованности выделения конструкта «эндогенные депрессии» (там же). Важным принципом современной классификации является принцип коморбидности.

Проблема коморбидности

Проблеме коморбидности депрессивных и других психопатологических расстройств уделяется особое внимание (Мосолов, 2007; Смулевич с соавт., 1997; Ingram, 1990; Jngram, Yfmilton, 1999; Clark, Watson, 1991). Принцип коморбидности был предложен в 1970 г. для обозначения сочетания самостоятельных заболеваний и расстройств (Feinstein, 1970). Согласно этому принципу все психопатологические, биологические и психологические проявления не сводимы к единой причине и находятся в отношениях дополнительности.

Необходимо отметить высокую коморбидность депрессивных расстройств с личностными – около половины пациентов (47%) страдают тем или иным личностным расстройством, 30–60% злоупотребляют психоактивными веществами (Sanderson et al., 1992). У пациентов с коморбидными расстройствами выше риск суицида и более выражена тенденция к хронификации.

При проведении многочисленных исследований было установлено, что 30–56% больных большим депрессивным расстройством удовлетворяли критериям генерализованного тревожного расстройства (Hecht et al., 1990); 40–87% — панического расстройства (Lydiard, 1994). По данным О.П. Ветроградовой (1998), у 67,7% больных развитию панических атак предшествовала депрессивная симптоматика, а у 34,3% депрессия развилась в последующем. У 35–80% больных, отвечающих

критериям большого депрессивного расстройства, была также выявлена обсессивно-компульсивная симптоматика (Rasmussen, Tsuang, 1984). При этом у 55,6% больных, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, манифестации обсессий предшествовала депрессивная симптоматика (Вертоградова, 1998).

Около 30–60% больных с большим депрессивным расстройством отвечают критериям соматоформных расстройств: соматизированным, ипохондрическим, болевым, вегетативным (Смулевич с соавт., 1997, 1998; Dworkin et al., 1990; Hudson, Pope, 1994; Lecrubier, 1993). Существует также мнение, что подобное сочетание симптомов у одного человека является проявлением депрессивного расстройства, при котором на первый план выступают телесные симптомы, в то время как психологические остаются вне поля зрения больного (Вертоградова, Довженко, Васюк, 1994). Такой вариант депрессии впервые был обозначен в конце XIX в. как маскированная депрессия. Маскированная депрессия – это эндогенная или психогенная депрессия, при которой пациенты в реальности депрессивны, но вместо жалобы на гипотимию сообщают о множестве соматических симптомов. При этом они не только умалчивают о переживании депрессивного аффекта во время спонтанного самоотчета, но могут страстно отрицать эмоциональный дистресс при опросе.

Важность феномена скрытой депрессии подтверждают различные статистические данные, согласно которым соматизированный вариант составляет от 31,1 до 69,7% депрессивных состояний. Известно, что врачами-интернистами не распознается от 50 до 80% случаев аффективных расстройств с преобладанием в клинической картине вегето-сосудистой симптоматики, что приводит к ложным диагнозам, многочисленным бесполезным дорогим консультациям, неоправданным хирургическим вмешательствам и отнюдь не способствует улучшению психического состояния больных (Вертоградова, 1998). Введение соматоформного расстройства в качестве диагностической единицы привело к тому, что многие формы, которые ранее рассматривались как маскированная депрессия, стали квалифицироваться как соматоформные расстройства.

Таким образом, существует множество различных классификаций депрессии – наиболее распространенного психического расстройства нашего времени, доказана ее высокая коморбидность с тревожными, соматоформными и личностными расстройствами.

1.2. Тревожные расстройства

Эпидемиология

Распространенность тревожных расстройств среди населения довольно высока – в течение жизни тревожным расстройством страдает от 15 до 20% населения по разным данным (Шиньон, 1991). Наличие тревожного расстройства резко повышает риск возникновения других психических расстройств, прежде всего депрессивных (в 15 раз) и химической зависимости (более чем в 20 раз). По данным Мюнхенского исследования 50% пациентов, страдающих тревожными расстройствами, имеют проблемы, связанные с алкоголем, а 26% страдают лекарственной зависимостью от анксиолитиков (Wittchen, 1998). И, наоборот, среди пациентов, госпитализированных в связи с хроническим алкоголизмом, распространенность тяжелых инвалидизирующих фобий составляет примерно 33% (Millaney, Trippet, 1979). Тревожные расстройства, наряду с депрессивными, являются одним из самых серьезных факторов суицида. Они ведут к значительным психосоциальным нарушениям в виде трудовой дезадаптации, межличностных проблем и т.д.

Больные тревожными расстройствами часто обращаются в первичную медицинскую сеть, где их, как правило, неверно диагносцируют и неадекватно лечат, подкрепляя, а не устраняя, тревожное состояние. Другим последствием такого лечения являются серьезные и неэффективные экономические затраты. Несвоевременное выявление тревожных расстройств способствует их хронификации, а также закреплению различных форм химической зависимости. Все это делает очень важной их своевременную и правильную диагностику, а также дальнейшее изучение с целью выработки более эффективных форм помощи.

По данным Комитета по национальному здоровью США хотя бы раз в течение жизни страдали тревожным расстройством 14,6% популяции (эпидемиологические исследования проводились на популяции из 20991 человека) (Regier et al., 1998). По другим данным национального исследования коморбидности *(National Comorbiditity Stady)* этот процент значительно выше, а именно 24,9% (Kessler et al., 1994). Различия в данных могут быть связаны с различием в диагностических инструментах.

Отдельные панические атаки не переходящие в расстройства на протяжении жизни испытывают до 15% населения. Все эпидемиологические исследования отмечают высокую коморбидность тревожных рас-

стройств между собой, с депрессией и с личностными расстройствами (Wittchen, Vossen, 1995).

До сих пор у российских ученых существует выраженная тенденция к включению тревожных расстройств в другие (депрессивные или навязчивые расстройства) в виде их частных проявлений. Тревожные расстройства сравнительно недавно были выделены в отдельный кластер в международной классификации болезней и сравнительно недавно стали предметом систематического анализа в нашей стране, в связи с переходом на МКБ-10. Эти расстройства входят в раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и охватывают диагностические категории F40–F42. К ним относятся паническое расстройство, агорафобия, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, специфические фобии, смешанные тревожно-депрессивные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство.

Следует подчеркнуть, что проведение надежных эпидемиологических исследований требует довольно больших средств, что значительно затрудняет их проведение в нашей стране. Некоторым препятствием служат трудности принятия специалистами МКБ-10, что требует специальной системы обучения и адаптации соответствующих диагностических средств. Вместе с тем значительное распространение тревожных расстройств в популяции не вызывает сомнения, а внедрение методов их диагностики и терапии имеет особую остроту, так как амбулаторная психиатрическая служба в общесоматической практике, где чаще всего встречаются эти расстройства, пока находится в стадии становления (Краснов, 2000; Краснов с соавт., 2000). О распространенности тревожных расстройств среди пациентов районных поликлиник, психиатрических учреждений, психоневрологических диспансеров дает представление исследование А.Б. Смулевича с соавторами (Смулевич с соавт., 1998). Анализировались амбулаторные карты пациентов в указанных учреждениях (всего 376 карт). Оказалось, что частота панического расстройства составляет почти 28%, частота агорафобии 5,7%. Изолированные фобии чаще всего встречаются в районных соматических поликлиниках. Отмечается высокая коморбидность тревожных расстройств между собой и с другими заболеваниями.

Отечественные авторы отмечают высокую распространенность тревожных расстройств в общесоматической практике, особенно панических расстройств и различных нозофобий. Первые исследования по вы-

явлению и лечению этих расстройств в начале 1990-х гг. были проведены сотрудниками МНИИ психиатрии Т.В. Довженко, Я.А. Сторожаковой, В.В. Калининым (Калинин, Максимова, 1994) и другими.

Классификация

В 1894 г. З. Фрейд дал свое первое описание тревожного невроза *(Angstnevrose)*, выделив три критерия, позволяющие отделить тревожный невроз от неврастении 1) внезапный наплыв или «атака» тревоги (сейчас принято говорить о панической атаке); 2) ожидание или предвосхищение наплыва тревоги; 3) вторичное фобическое избегание (Compton, 1972 а,в).

Уже тогда З. Фрейд отмечал коморбидность различных тревожных симптомов между собой и другими неврозами. Подчеркивая нейрофизиологические факторы тревоги, он определял ее как трансформацию разрядки чрезмерного возбуждения центральной нервной системы, которая возникла в результате неадекватной сексуальной разрядки, а также (или) в связи с травматической внешней ситуацией. Таким образом, З. Фрейд предвосхитил современные модели тревоги, в которых акцентируется конвергенция биологических и внешних средовых факторов.

Пациенты, описанные им, отличались особой чувствительностью к определенным внешним факторам, страдали от хронической тревоги и ожидания серьезной угрозы их здоровью вплоть до внезапной смерти. З. Фрейд отмечал внезапность наступления таких атак страха и часто формирующееся в связи с этим поведение избегания. Он также отмечал, что тревожная атака не всегда осознается именно как наплыв тревоги или страха. Больные часто акцентируют физиологические ощущения: затруднения в дыхании, сердечной деятельности, не ассоциируемые с тревогой, но воспринимаемые как физическая угроза.

«Не удивительно, что описание симптомов для классификации тревожных расстройств восходит к работам З. Фрейда – невролога, а не классических психиатров, работавших над классификацией психических расстройств в это время. Исторически больные с тревожными расстройствами чаще появлялись в амбулаторной, каковой была частная практика З. Фрейда, а не в психиатрических клиниках, где лечились более тяжелые больные, описанные Э. Крепелиным и другими» (Frances et al., 1993; P.4). Также и в наше время, больные тревожными расстройствами чаще всего встречаются в общесоматической сети и представляют большую сложность при постановке правильного диагноза для врачей общей практики.

З. Фрейд предельно подробно описал жалобы, предъявляемые этими больными: сердечные спазмы, трудности дыхания, обильное потоотделение, тремор и т.п. Жалобы же на тревогу, как правило, отодвинуты на второе место, а зачастую заменяются указаниями на чувство напряжения, дискомфорта, болезненности. В своих описаниях З. Фрейд выделил подавляющую часть симптомов панических расстройств, включенных в современные классификации. Он также обсуждал отношения между паническими атаками и агорафобией, указывал на первичность панических атак, а агорафобию или поведение избегание трактовал как следствие пережитого опыта панической атаки. У него имеются указания на особый статус простых фобий, при которых естественная тревога просто слишком преувеличена по сравнению с тем инстинктивным страхом перед определенными объектами, который имеет место у каждого.

В классификации Э. Крепелина фобический и тревожный невроз не разводятся, а различные виды страхов рассматриваются в рамках невроза навязчивых состояний (Каннабих, 1994). Он отмечал также, что тревога как эмоциональное состояние часто встречается при различных психических расстройствах, в том числе в депрессивной фазе циркулярного психоза. В отечественной психиатрии, близкой Крепелиновской традиции, тревожные расстройства традиционно рассматривались в рамках невроза навязчивых состояний в виде различных фобий. «Навязчивые явления весьма многочисленны и многообразны, наиболее типичны фобии, а также навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, действия, влечения. Чаще встречаются кардиофобия, канцерофобия, лиссофобия (навязчивая боязнь сумасшествия), оксифобия (навязчивый страх острых предметов), клаустрофобия (боязнь закрытых помещений), агорафобия (боязнь открытых пространств), навязчивые страхи высоты, загрязнения, боязнь покраснеть и др.» (Шмаонова, 1985; С. 232). Другой подход к тревожным расстройствам в отечественной психиатрии – это рассмотрение их как части депрессивного синдрома (Вертоградова, 1998).

Вместе с тем в свете детального анализа тревожных расстройств З. Фрейдом, неудивительно, что самые различные классификации во многом основываются именно на его описаниях. В особенности это касается первых американских классификаций психических расстройств DSM-I и DSM-II, где наряду с тревожным неврозом, включающим тревогу, панику и соматические симптомы, был выделен фоби-

ческий невроз, который, в отличие от тревожного, связывался с вполне определенными ситуациями и объектами.

Аналогично в МКБ-9 была выделена группа тревожных состояний, включающая панические атаки, панические расстройства и панические состояния, а также группа фобических состояний, включающая агорафобию, фобию животных, истерическую тревогу, клаустрофобию.

В DSM-III была предпринята попытка отойти от психоаналитической ориентации DSM-I и DSM-II, исключив понятие невроз. Вместе с тем, описание и определение тревожных расстройств, по-прежнему во многом основывалось на определениях З. Фрейда. Примечательно, что в DSM-III впервые происходит выделение тревожных расстройств, которые раньше описывались в общем кластере неврозов, в отдельный кластер с особыми диагностическими критериями. Диагностическая единица тревожный невроз, содержащаяся в DSM-I и DSM-II была разделена на панические атаки и генерализованное тревожное расстройство, а фобический невроз – на агорафобию, социальную фобию и простую фобию. За всеми этими изменениями стояли многочисленные исследования и дискуссии, которые интенсивно ведутся, начиная с 1980-х гг. Наблюдается интенсивный рост научных публикаций, посвященных тревожным расстройствам. На основе разработанного Р. Спитцером с соавторами структурированного интервью для диагностики тревожных расстройств (SCID-UP) (Spitzer et al., 1990) был проведен ряд интернациональных исследований по выявлению тревожных расстройств в различных странах. Был сделан общий вывод о достаточной надежности и валидности принятых в МКБ-10 критериев.

Проблема коморбидности

Отмечается очень высокая коморбидность тревожных расстройств с депрессивными. В этом основная причина споров вокруг самостоятельности диагностической единицы тревожно-депрессивных расстройств (F-41.2) по отношению к депрессивному расстройству.

Д. Кларк и соавторы выделяют две позиции по этому вопросу (Clark et al, 1990):

1. Унитарная позиция, согласно которой тревога и депрессия рассматриваются как варианты одного и того же расстройства, различия между которыми носят скорее количественный, чем качественный характер. Следует отметить, что именно эта позиция наиболее характерна для отечественной психиатрии (Вертоградова, 1998).

2. Дифференцирующая позиция, согласно которой наряду с общими чертами имеется значительная специфика, определяющая различия в лечении депрессивных и тревожных расстройств, а также предпочтительность их дифференцированного рассмотрения. Эта позиция доминирует среди психотерапевтов – представителей когнитивной психотерапии (Watson, Clark, Tellegen, 1988).

В пользу первой точки зрения говорит высокая корреляция различных шкал тревоги и депрессии (как клинических, так и самооценочных), при обоих типах расстройств, а также уже упомянутая высокая коморбидность этих расстройств и значительное число родственников, страдающих депрессией, тревожным расстройством или алкоголизацией, как при депрессиях, так и при тревожных расстройствах, что указывает на их общий генез.

Сопоставление различных шкал тревоги и депрессии, направленных на выявление и измерение депрессии и тревоги, показывает, что происходит значительное смешение симптомов, т.е. в шкалах тревоги много индикаторов депрессии и наоборот. Такое смешение, конечно, ведет к снижению дискриминационной валидности применяющихся инструментов, и их повышенной корреляции друг с другом. Корреляции значительно снижаются при применении измерительных шкал тревоги и депрессии со специальной задачей осуществления дифференциальной диагностики (Hautzinger, Meyer, 2002).

В исследованиях, основанных на факторном анализе больные тревожными и депрессивными расстройствами достоверно разделяются на две различные группы (Watson, Clark, Tellegen, 1988). В настоящее время разработаны также психологические модели, дифференцирующие эти два расстройства по психологическим механизмам, что создает базу для различий в психотерапевтических подходах. Согласно модели Д. Уотсона, Д. Кларка и А. Телегена (Watson, Clark, Tellegen, 1988), депрессии и тревожные расстройства достоверно разводятся по двум факторам – по так называемым факторам позитивного аффекта (PA) и негативного аффекта (NA). Если при депрессивных расстройствах отмечаются высокие показатели по фактору NA и низкие по фактору PA, то для тревожных расстройств оказалось характерным повышение значения по фактору NA, но значительных отклонений от нормы по фактору PA не отмечалось. При этом качественный анализ фактора NA показывает, что для тревожных расстройств более характерен тревожный компонент, а для депрессивных более характерны печаль и апатия.

Имеются немногочисленные исследования, подтверждающие общие психологические факторы и их сходное негативное влияние на социальное функционирование депрессивных и тревожных расстройств: это, прежде всего, сходные особенности раннего жизненного опыта и личностные черты (Brown et al., 1993; Tyrer et al., 1992). Так, в одном из исследований было показано, что больные невротической депрессией и пациенты с тревожными расстройствами сходно оценивают уровень стрессогенности своей жизни, выраженность экстраверсии и других особенностей жизненного стиля (Allgulander et al., 1995).

Другие исследования показывают, что тревожные расстройства часто предшествуют депрессии. Так, согласно данным Мюнхенского катамнестического исследования 90% случаев панических расстройств переходит в депрессию (Wittchen, Zerssen, 1987). Существует мнение, что в 70% случаев первично возникает какое-либо тревожное расстройства и лишь вторично развивается депрессия (Wittchen, Vossen, 1995). Авторы делают вывод, что поскольку депрессия развивается после тревожного расстройства и на его фоне, то она может рассматриваться как вторичная по отношению к нему. Как видно, эта позиция прямо противоположна взглядам отечественных психиатров, склонных рассматривать тревожные расстройства как продром депрессии.

Здесь следует заметить, что для выбора стратегии психотерапии очень важную роль играет именно первичное расстройство. Правда, те же авторы отмечают, что отдельные панические атаки могут предшествовать разным тревожным и депрессивным расстройствам, т.е. выступают в качестве неспецифического пускового фактора различных психических расстройств.

По различным данным 50% больных тревожными расстройствами страдают тем или иным депрессивным расстройством. Однако очень мало исследований было посвящено изучению специфики симптомов у этой смешанной группы. Наличие тревожного расстройства в виде социальной или простой фобии в молодом возрасте является важным предиктором для развития большой депрессии или же зависимости в более позднем возрасте (Regier et al., 1998).

В последние десятилетия особое внимание исследователей привлекает высокая коморбидность тревожных расстройств с личностными расстройствами, что также значительно утяжеляет их лечение – как психологическое, так и психофармакологическое (Brooks et al., 1989; Reich, Green, 1991). Особенно распространены личностные расстройства у больных с социальной фобией (61%), и генерализированной тревогой (49%),

при панических атаках с агорафобией и без нее (26%). Реже всего они встречаются при простых фобиях (12%). Среди личностных расстройств, коморбидных с тревожными, преобладают диагностические критерии из так называемого тревожного кластера, где тревога является важным симптомом (избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное и пассивно-агрессивное расстройства) (Sanderson et al., 1994).

Самая высокая корреляция отмечается между социальной фобией и избегающим личностным расстройством, а также между генерализированной тревогой и обсессивно-компульсивным личностным расстройством. Хотя, как показывают исследования, тревожные расстройства достаточно часто встречаются как самостоятельные расстройства, можно предположить, что отдельные личностные черты предрасполагают к их развитию. Поэтому «было бы клинической ошибкой для психотерапевта идентифицировать тревожное расстройство, а затем не провести диагностику на наличие коморбидного личностного расстройства» (Sanderson et al., 1994; P.172).

Согласно результатам упомянутого американского эпидемиологического исследования ECA (Regier et al., 1998) 36% больных паническими расстройствами злоупотребляют алкоголем. В клинической выборке по разным данным от 13 до 43% пациентов с паническими атаками и (или) агорафобией страдают алкоголизацией (Wittchen, Essau, 1993).

Наконец для больных, страдающих тревожными расстройствами характерен высокий уровень соматизации (Wittchen, Essau, 1993). Так, больные паническими атаками демонстрируют в соответствующих опросниках высокий индекс соматизации. И более того, примерно четверть этих больных соответствует критериям соматизированного расстройства. Симптомы соматизированного расстройства имеют 61% женщин и 33% мужчин, страдающих паническим расстройством (Katon, 1984).

Таким образом, ведутся оживленные научные споры в рамках дифференцированной и унитарной моделей депрессивных и тревожных расстройств, многие исследователи склонны считать тревожные симптомы проявлениями депрессии.

1.3. Соматоформные расстройства

Эпидемиология

Соматоформные расстройства относят к психическим нарушениям широко распространенным среди населения. Однако поскольку чаще

всего эти больные попадают в поле зрения врачей общей практики, недостаточно знакомых с психиатрией, они не выявляются в качестве соматоформных и не получают соответствующего лечения. Кроме того имеются все основания полагать, что эти больные часто обращаются к альтернативной медицине (гомеопатия, акупунктура, фитотерапия) или же к так называемым экстрасенсам. Наиболее масштабным эпидемиологическим исследованием соматоформных расстройств до сих пор считается американское ЕСА-исследование *(ECA – Epidemiological Catshment Area)*, направленное на выявление соматизированного расстройства и проведенное в 1980-х гг. Однако, по мнению некоторых авторов, критерии, использованные для диагностики, носили чрезмерно жесткий характер (Rief, Hiller, 1998). Поэтому, несмотря на участие в исследовании самых опытных экспертов и использование высокоструктурированного интервью, распространенность соматизированного расстройства среди населения согласно данным этого проекта не превышает 0,5% (т.е. не более пяти человек на тысячу населения).

Эти данные находятся в противоречии с повседневной практикой и были подвергнуты критике. Пересчет данных на основании более современных критериев (SSI 4–6 или Индекса Соматических Симптомов 4–6) дает десятикратное увеличение процента соматизированного синдрома среди населения (4,4% всех обследованных). Индекс соматических симптомов 4–6 является критерием, согласно которому о наличии соматизированного синдрома можно говорить при наличии не менее 6 соматических симптомов у женщин и не менее 4 соматических симптомов у мужчин, при этом соответствующие исследования должны подтвердить отсутствие сообразных по масштабу соматических причин для этих симптомов. Коррегирующие оценки тех же американских данных свидетельствуют о том, что множественное соматизированное расстройство отмечается у 5–11% населения (Rief, Hiller, 1998). Так же, как при соматизированном расстройстве, у пациентов с синдромом соматизации 4–6 отмечается высокая коморбидность депрессивных расстройств, частые обращения за медицинской помощью и снижение трудоспособности.

В 1998 г. в Германии было проведено масштабное исследование, согласно которому 7,5% населения страны страдает тем или иным соматоформным расстройством, что позволяет отнести его, наряду с депрессивными и тревожными, к самым распространенным среди населения (Morschitzky, 2007).

В общемедицинской практике по разным данным наличие соматоформных расстройств оценивается как достаточно высокое – около 20%. При этом следует учесть, что без выявления и при обычном лечении они обходятся медицине в 6–14 раз дороже средней суммы, затрачиваемой на лечение человека в западной популяции (Витхен, 2005; Rief, Hiller, 1998).

Классификация

Понятие соматизации было предложено психоаналитиком В. Штекелем в 1943 г. как дополнительное для обозначения конверсионных расстройств, т.е. истероформных соматических нарушений, рассматриваемых в психоанализе как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе. Позднее произошло расширение этого понятия, и оно стало применяться для обозначения соматических заболеваний, в происхождении которых большая роль отводится психологическим факторам. Эти заболевания получили название психосоматических.

Однако постепенно понятие соматизации, как акцентирующее психологические факторы в происхождении соматических болезней, отходит на второй план и начинает употребляться опять в несколько ином значении, а именно, в значении функционального расстройства, под которым понимаются нарушения функционирования той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических факторов. Так, в известной и многократно переиздаваемой коллективной монографии «Психосоматическая медицина» Т. Уэкскюля (Uexkül, 1996) термин «соматизация» употребляется всего несколько раз в вышеупомянутом значении функционального расстройства. При этом подчеркивается сложная многофакторная биопсихосоциальная природа такого рода расстройств и необходимость сложных многоуровневых исследований. Однако пути реализации таких исследований являются предметом дискуссий в силу чрезвычайной сложности построения конкретных связей между реальностями (организм и психика), описываемыми разными научными языками (Тхостов, 2002).

Понятие соматизации все больше закрепляется за функциональными расстройствами при акцентировании ведущей роли социальных и психологических факторов. Данное понятие, применявшееся ранее лишь к определенной группе так называемых психосоматических заболеваний, утратило свой смысл, как это уже было с отказом от употребления его в значении конверсии, как символическом выражении глубинного конфликта.

Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, З. Липовский определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне (Lipowsky, 1989). Сходные определения предлагаются другими авторами: «Выражение личного и социального дистресса посредством телесных жалоб с поиском медицинской помощи» (Kleinman, цит. по Kellner, 1990; P.151); «Использование соматических симптомов для достижения психологических целей» (Ford, цит. по Kellner, 1990; P.151). Разные авторы подчеркивают, что соматизация перекрывает различные клинические категории, представляя собой, таким образом, клинически неоднородное явление, и не может быть представлена в виде однородного патологического процесса.

В своем фундаментальном обзоре по соматизации Р. Келнер отождествляет ее с функциональными соматическими симптомами и, обобщая разные точки зрения, дает ей следующее определение: «Соматизация означает один или несколько соматических симптомов таких, как усталость, гастероинтеральные или уринальные боли, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы (в виде соматического расстройства или последствия травмы), либо физические жалобы и связанные с ними социальные и профессиональные ограничения сильно преувеличены в сравнении с выявляемой органической патологией» (Kellner, 1990; P.151).

Как видно, автор цитаты избегает указания на психологический механизм соматизации, оставляя этот вопрос открытым, что указывает на отсутствие единой точки зрения на этот счет. Вместе с тем вышеприведенные обзоры и определения свидетельствует, что в науке явно отмечается консенсус относительно того, что подразумевать под соматизацией. В 1980-е гг. Дж. Эскобар и соавторы (Escobar, Canino, 1980; Escobar et al., 1987) выделили три наиболее часто употребляемых в настоящее время понимания соматизации.

1. «Первичная» соматизация или соматизация в узком вышеупомянутом смысле этого слова, как функциональное или так называемое соматоформное расстройство. Главный критерий – присутствие телесных симптомов и озабоченность ими. Для постановки диагноза соматоформного расстройства из 37 наиболее типичных соматических проявлений по DSM-Ш должны присутствовать по крайней мере 4 симптома у мужчин и 6 симптомов у женщин. При этом систематическое исследование каждого симптома не должно выявлять явной органической этиологии этих симптомов.

2. Соматизация как «сопутствующее» вторичное расстройство. Соматизация или соматоформное расстройство, связанное с шизофренией, аффективными и тревожными расстройствами.
3. Соматизация как «маскированное» расстройство, когда при жалобах на соматические симптомы имеются явные указания на высокую вероятность депрессивного расстройства (например, указания в виде биологических – семейных, генетических предпосылок). Тогда предлагается говорить о скрытой депрессии или депрессивном «эквиваленте».

Наряду с тенденцией сужения понятия соматизации до группы соматоформных расстройств (Rief, Hiller, 1998) существует тенденция к их расширительной трактовке (Van Hemert et al., 1993). Согласно последней точке зрения пациент-соматайзер – это любой пациент, предъявляющий соматические симптомы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций общей медицины. По данным этого исследования среди 192 больных, направленных в общемедицинскую амбулаторную сеть, около 52% имеют необъяснимые с позиций общей медицины симптомы, что соответствует проценту необъяснимых симптомов у больных с абдоминальной болью (Van Hemert et al., 1993; Harley et al., 1983), хронической усталостью (Cathebas, Robbins, Haiton, 1992) и болью в области грудной клетки (Mayou et al., 1994). В свою очередь, среди больных соматайзеров значительно чаще встречаются психические расстройства, чем среди больных с подтвержденным соматическим диагнозом. Среди соматайзеров 42% страдают психическим расстройством (Van Hemert et al., 1993). Лишь 33% так называемых соматайзеров можно отнести к соматоформным расстройствам (Katon, 1984). Остальные составляют депрессивные и тревожные расстройства. Обобщая данные различных исследований, Р. Келнер отмечает, что цифры распространенности соматизации в первичной медицинской сети колеблются от 10 до 30% (Kellner, 1990). Такие различия, по его мнению, связаны с различными диагностическими критериями соматизации. По данным Дж. Эскобар с соавторами распространенность множественных хронических функциональных соматических симптомов среди населения свыше 4% (Escobar et al., 1987).

Обратимся к группе расстройств, объединенных общим названием *соматоформные расстройства*. Как уже упоминалось, именно в этом кластере сконцентрированы те нарушения, к которым в современной медицине применяется термин «соматизация» в узком смысле этого слова – телесных симптомов без органической причины.

«В противоположность многим другим психическим расстройствам, соматоформные расстройства долгое время оставались малоизученной «целиной»» (Rief, Hiller, 1998; P.1). В этом нет ничего удивительного, так как эти расстройства концентрируются, прежде всего, в общей медицине. Понятие «соматоформные расстройства» было введено в качестве самостоятельной клинической группы лишь в 1980 г. в результате третьего пересмотра американской диагностической системы. В то же время, само выделение этих расстройств в отдельную диагностическую группу можно связать с более тесным взаимодействием между психиатрией и общей медициной, а также эпидемиологическим ростом числа так называемых трудных больных или больных с телесными симптомами, но без объясняющего их соматического диагноза. Именно это дало толчок к интенсивной разработке и реформации понятия «соматизация» и закреплению этого понятия за определенной диагностической группой. В настоящее время число исследований, посвященных соматоформным расстройствам, неуклонно растет.

Соматоформные расстройства не являются гомогенной диагностической группой. Разнообразие симптоматики у различных больных может быть очень значительным. Можно выделить полисимптоматические и моносимптоматические нарушения. В первом случае речь идет о разнообразных и изменяющихся с течением времени жалобах, когда в центр выдвигается предполагаемая дисфункция то одной, то другой системы. Во втором случае, напротив, жалобы ограничены по числу, относятся к одной системе и достаточно устойчивы во времени. В обоих случаях важным диагностическим признаком является ложная интерпретация этих дисфункций как серьезной или даже смертельной болезни.

В МКБ-10 соматоформные расстройства включены в главу F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». К полисимптоматическим относятся соматизированное расстройство (жалобы носят множественный и относительно изменчивый характер, зачастую предъявляются напористо и драматически, сопряжены с нарушениями семейного и социального функционирования); недифференцированное соматоформное расстройство (жалобы также множественны и варьируют, но нет типичного для соматизированного расстройства драматического эмоционального фона). Соматизированное расстройство, впервые введенное в классификации DSM-III в 1980 г. представляет собой фактически несколько видоизмененный синдром Бри-

ке, описанный С. Гуце в 1960-х гг. (на основе работ известного французского психиатра и исследователя истерии П. Брике). В 1972 г. этот синдром был описан С. Гуце и сотрудниками как заново сформулированный и операционализированный диагноз истерии. Одна из причин таких изменений заключается в стремлении составителей классификации бороться со стигматизацией и избавиться от негативно окрашенного контекста понятия «истерия».

К моносимптоматическим относится прежде всего хроническое соматоформное болевое расстройство, которое выражается в устойчивых жалобах на тот или иной болевой синдром и соматоформная вегетативная дисфункция (жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены расстройством какой-то одной системы или органа, находящегося под значительным влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, дыхательной и т.д.). Классическое психиатрическое конверсионное расстройство (обычно моносимптоматическое и выражающееся в неврологических симптомах) в МКБ-10 вынесено за пределы группы соматоформных расстройств, в то время как в американской классификации оно находится внутри этой группы на основании ее центрального признака – соматически необъяснимые телесные симптомы. Эти различия еще раз указывают на преемственность и близость понятий соматизации и конверсии, с одной стороны, и гипотетические различия в их механизмах – с другой.

В рамках группы соматоформных расстройств в обеих классификациях помещено давно известное в психиатрии ипохондрическое расстройство, где главным признаком является сильный и устойчивый страх тяжелого или даже смертельного заболевания. В МКБ-10 в подгруппу ипохондрических синдромов включено дизморфофобическое расстройство, которое в американской классификации выделено в самостоятельное внутри группы соматоформных расстройств. Как ипохондрическое, так и дизморфофобическое расстройства занимают, фактически, промежуточное положение между тревожными и соматоформными расстройствами.

Как видно, понятие «соматизации» и связанное с ним понятие «соматоформные расстройства» имеют сложную историю. Одни и те же феномены в истории медицины получали разные названия и объяснения. Многие принятые прежде в среде медиков обозначения фактически соответствуют современному понятию соматоформного расстройства: функциональные нарушения, психовегетативный синдром, пси-

ховегетативная лабильность, психосоматические нарушения, «globus hystericus», соматизированная или ларвированная депрессия, вегетативная дистония, синдром хронической усталости, предменструальный синдром (Rief, Hiller, 1998).

В отечественной медицине самым распространенным аналогом соматоформного расстройства является вегето-сосудистая дистония. Врачи общей практики крайне злоупотребляют этим диагнозом в затруднительных случаях, что нередко ведет к ятрогениям, фиксации на болезни и неправильному лечению. Диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация и если человек испытывает субъективные страдания.

Основная дифференциальная диагностика касается депрессивных, тревожных, личностных, а иногда и психотических расстройств. Наибольшие трудности связаны с дифференциальной диагностикой с тревожными и депрессивными расстройствами. Следует отметить, что эти трудности во многом обусловлены недостаточной проработанностью концепции соматоформных расстройств и их границ.

Проблема коморбидности

Значительную трудность представляет дифференциальная диагностика соматоформных расстройств с депрессивными. Так, в отечественной традиции концепция соматизированной депрессии продолжает оставаться чрезвычайно популярной и часто ведет к гипердиагностике депрессий при недооценке соматоформных расстройств, на значительную распространенность которых указывает ряд зарубежных эпидемиологических исследований.

Концепция ларвированной или соматизированной депрессии в ее оригинальном западном варианте основывается на предположении, что соматические симптомы являются защитой от аффекта, который не допускается в сознание. Другими словами, соматизированная депрессия представляет собой своего рода подавленную, вытесненную депрессию, проявляющуюся через соматические симптомы, в том числе и потому, что согласно социокультурным нормам соматические симптомы встречают большее сочувствие и более серьезное отношение, чем психические нарушения (феномен так называемой вторичной выгодности симптома).

Преимущество принципа коморбидности в современной классификации в том, что диагноз «соматизированная депрессия» может быть

заменен двойным диагнозом: «депрессия и соматоформное расстройство». Соматоформное расстройство может предшествовать депрессии и наоборот. В. Риф и В. Хиллер приводят данные, согласно которым коморбидность депрессивных и соматоформных расстройств очень высока: около 50% больных соматоформными расстройствами страдают большой депрессией и около 30% – дистимией (Rief, Hiller, 1998).

Дифференциальный диагноз с тревожными расстройствами нередко представляет большие трудности, так как тревога за здоровье – один из центральных симптомов соматоформных больных. Важнейшим дифференциальным признаком является непосредственная связь между пугающей ситуацией и возникновением телесных симптомов при тревожных расстройствах. Эта связь наиболее очевидна при фобиях и панических атаках. Наибольшие трудности представляет дифференциация соматоформных расстройств с генерализованной тревогой. Фокус соматоформных расстройств – телесные нарушения, в то время как при генерализованной тревоге в центре оказываются аффективные компоненты, и жалобы на тревогу являются центральными. Тем не менее в затруднительных случаях в современной диагностической системе МКБ-10 всегда возможна и двойная диагностика.

Суммируя данные различных исследований проблемы коморбидности соматоформных расстройств, В. Риф и В. Хиллер приводят следующее распределение частоты коморбидных тревожных расстройств – генерализованное тревожное расстройство – от 33 до 54%, социальная фобия от 31 до 40%. панические атаки – от 20 до 34%, специфическая фобия – от18 до 34%, обсессивно-компульсивное расстройство – 16–23%, агорафобия без панических атак – от 3 до 5% (Rief, Hiller, 1998). Дополнительно ими приводятся данные о 16–26% страдающих алкогольной зависимостью и 5–9% – химической зависимостью. Ипохондрия особенно часто сочетается с различными тревожными расстройствами (свыше 80% пациентов, страдающих ипохондрией, одновременно страдают каким-то тревожным расстройством и лишь 55% – депрессивным).

Как отмечает один из ведущих немецких специалистов по соматоформным расстройствам В. Риф (Rief, 2005), высокая коморбидность депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств приводит к тому, что многие специалисты (представители унитарной концепции) считают их одним расстройством, рассматривая соматоформные расстройства как особый вариант депрессии (маскированную депрессию).

Он обращает внимание на то, что ретроспективные исследования нередко выявляют тот факт, что соматоформные или тревожные расстройства предшествуют депрессии. Если многие отечественные специалисты склонны рассматривать такую динамику как продром депрессии, то В. Риф полагает, что последняя может быть результатом безуспешных попыток лечения и социальной изоляции больных при соматоформных и тревожных расстройствах. Аналогичная динамика может наблюдаться и в случае, когда первичным является депрессивной расстройство – соматоформное и тревожное могут присоединяться к нему на фоне развития соматических симптомов депрессии и негативного отношения многих депрессивных пациентов к своему телу. Таким образом, этот исследователь выдвигает *гипотезу о взаимных факторах риска, согласно которой каждое из трех расстройств является фактором риска для развития и присоединения другого.* При этом он подчеркивает, что на сегодняшний день не получено убедительных доказательств их общей природы, в том числе биологической.

Дифференциальный диагноз с личностными расстройствами основан на степени связи соматических симптомов с устойчивыми личностными чертами. Исторически дифференциальный диагноз между истерией (современными соматизированным и конверсионным расстройствами) и истерической личностью (сегодня обозначаемой как гистрионная) относился к центральным проблемам дифференциальной диагностики (Rief, Hiller, 1998).

Согласно МКБ-10 и DSM-IY, истерическая личность характеризуется чрезмерной эмоциональностью, требовательностью и тенденцией к театральности и драматизации в человеческих контактах. Когда соматоформное расстройство развивается у истерической личности, оно сопровождается ярким аффектом и зачастую театральностью предъявления жалоб. В случае наличия как гистрионного, так и соматоформного расстройства ставится двойной диагноз.

В. Риф и В. Хиллер приводят данные американского исследования, согласно которому отмечается очень высокая коморбидность соматоформных и личностных расстройств. Из 94 пациентов с соматизированным расстройством 61% имели коморбидные личностные расстройства, которые распределялись по частоте следующим образом: 27% – избегающие личности, 21% – параноидные, 17% – обсессивно-компульсивные, 15% – шизотипальные, 13% – гистрионные, 11% – пограничные и 3% – нарциссические. Следует отметить, что согласно этим дан-

ным личностные расстройства у соматоформных пациентов встречаются значимо чаще, чем в контрольной группе больных из общемедицинской практики (Rief, Hiller, 1998).

Таким образом, соматоформное расстройство было выделено сравнительно недавно, некоторые авторы, рассматривают его как вариант или продром депрессии. Другие авторитетные исследователи считают, что депрессия может присоединяться как вторичное расстройство в результате попыток безуспешного лечения и социальной изоляции больных соматоформными расстройствами. Отмечается высокая коморбидность соматоформного расстройства с личностной патологией.

***

На основании проведенного анализа распространенности, классификации и коморбидности расстройств аффективного спектра можно сделать следующие ***выводы:***

1. Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства отличает высокий уровень коморбидности друг с другом и с личностными расстройствами, имеется много общего в их феноменологии, в аспекте динамики существует высокая вероятность взаимных переходов, проблема их классификации является остро дискуссионной.
2. Дискуссионным является также вопрос об их самостоятельности и границах. Представление об общей биологической природе, развиваемое в рамках концепции аффективного спектра, может быть дополнено представлениями о сходстве психологических факторов и механизмов – унитарная концепция расстройств аффективного спектра. Унитарной концепции противостоит дифференциальный подход, обосновывающий необходимость выделения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств в отдельные диагностические категории.
3. Необходимо дальнейшее исследование психологических факторов расстройств аффективного спектра с целью уточнения общего и различного и выработки адекватных мишеней и методов психологической помощи.

Глава 2
Психологические модели и методы психотерапии расстройств аффективного спектра

2.1. Психодинамическая традиция – фокусировка на прошлом травматическом опыте и внутренних конфликтах

Депрессивные расстройства

В 1911 г. К. Абрахам опубликовал первое психоаналитическое (оно же первое психологическое) исследование депрессии (Abraham, 1911). Работа была посвящена нескольким случаям депрессивных расстройств, в основе модели лежал классический для психоаналитической теории неврозов механизм подавления либидо. Наиболее важным для последующих моделей и исследований был момент, касающийся специфических отношений с объектом привязанности. К. Абрахам описывал их как крайне амбивалентные – завоевание любви сопровождается сильным чувством ненависти, которая, вытесняется, так как человек не может принять свою явную враждебность. Именно с этих классических работ берет начало *взгляд на депрессию как на болезнь скрытой агрессивности или враждебности*, подтверждение которой ученый находил в снах и ассоциациях своих пациентов. Другой механизм, описанный К. Абрахамом, – это проекция своей агрессии на окружающих, фиксация на их недоброжелательном отношении к себе и на своей никчемности, а также механизм регрессии на более ранние стадии. Принципиально важным является наблюдение К. Абрахама касающиеся трудностей установления отношений любви и привязанности, стремления привлечь к себе внимание, для чего используется чувство вины и греховности, самоуничижение. На пути доверия и эмоциональной открытости стоит базисная враждебность. С целью проверки этой модели в течение целого столетия было проведено немало эмпирических исследований.

В более поздних работах, уже после выхода в свет в 1917 г. классической работы З. Фрейда «Печаль и меланхолия» (Фрейд, 1999), К. Абрахам сделал ряд важных клинических наблюдений – он указал на тес-

ную связь между разочарованием в объекте привязанности, началом депрессии и *наличием опыта такого разочарования или утраты в детстве, а также на связь этой ранней травмы с недостаточной материнской любовью и заботой.* Такую детскую травму К. Абрахам рассматривал как могущественный этиологический фактор, предрасполагающий к депрессивным реакциям и *к отношениям амбивалентности с объектом привязанности.* Это еще одно положение психоаналитической теории, которое позднее стало предметом эмпирических проверок. Оба положения в целом получили подтверждение, однако с рядом уточнений (см. Гл.4).

Классическая работа З. Фрейда «Печаль и меланхолия» сыграла революционную роль в развитии психоанализа. Это первая работа, где при описании механизмов патологии сексуальность не играет никакой роли. Кроме того, здесь он впервые написал об объектных отношениях и ввел инстанцию, позднее получившую название Сверх-Я. В этой работе он также изменил содержание бессознательного: наряду с либидонозными потребностями были включены в него *объекты – ментальные репрезентации других людей, а также связанные с ними аффекты*. Наиболее влиятельная концепция современного психоанализа – теория объектных отношений – берет начало из этой классической работы.

Наблюдения за пациентами, феноменология депрессий в виде острого чувства вины и снижения самооценки привели З. Фрейда к мысли, что речь идет не о внешней утрате и сопровождающей ее печали, а о внутренней потере и обеднении. При этом одна часть Я надстраивается над другой и критически осуждает ее, как если это был бы внешний объект. Ключ же к пониманию заболевания в том, что эти обвинения, на самом деле, направлены против разочаровавшего объекта любви, который интроецируется и превращается в объект аутоагрессии. Как писал З. Фрейд, «тень объекта» так падает на Я, что последнее начинает восприниматься как утраченный объект (Фрейд, 1999). «Тень объекта» – это образ будущего понятия «объектных репрезентаций», играющего центральную роль в современном психоанализе. Негативный интроект служит источником аутоагрессии и желания саморазрушения, вплоть до суицида. Таким образом, в классическом психоанализе провокацией для депрессивных реакций считается разочарование в объекте.

Три основных условия меланхолии или депрессивных реакций, по З. Фрейду, это – утрата объекта, амбивалентность, регрессия либидо на

Я в виде аутоагрессии. *Типичными для депрессии он считал механизмы интроекции и регрессии.* Сам автор теории предупреждал, что она создана на основании обобщения небольшого числа случаев. Действительно, как отмечают в обзорной работе концепций депрессии С. Ариэтти и Дж. Бемпорад, эти построения З. Фрейда не подтверждаются опытом, так как есть много других типов депрессии – без самообвинений и без факта утраты (Arietti, Bemporad, 1983).

Ценными клиническими наблюдениями были указания З. Фрейда на важность интерперсональных дисфункций – амбивалентность в отношении объекта, стремление наказывать его своей болезнью, косвенно демонстрируя не столько свою греховность, сколько несправедливое отношение со стороны объекта. *З. Фрейд вскрыл межличностный характер депрессивного расстройства и тесную связь между самоуважением и приносящими удовлетворение человеческими взаимоотношениями.* Он также ввел понятие внутренних интернализованных объектов, как регуляторов самоуважения.

Психоаналитические представления о механизмах депрессии были развиты в работах Ш. Радо, который подробно описал характер межличностных отношений депрессивных пациентов отличающийся повышенной зависимостью от оценок со стороны других людей и потребностью в признании. Однако как только это признание получено, пациент становится все более требовательным, нарушает границы и, в конце концов, отталкивает от себя партнера, и тут же впадает в отчаянье по этому поводу. Порочный круг межличностных отношений, описанный Ш. Радо: «враждебность – агрессия – чувство вины – падение на колени» (Rado, 1956).

Дальнейшее развитие психоаналитических моделей депрессии связано с психологией Я и теорией объектных отношений. В 1945 г. выходит энциклопедический труд О. Фенихеля – представителя психологии Я (переведен на русский язык в 2004 г.), в котором целая глава отводится его теории депрессии (Фенихель, 2004). Он также делает акцент на интерперсональных дисфункциях, характерных для депрессивных пациентов – страстная потребность в любви и признании, с одной стороны, и сосредоточенность на себе, неспособность воспринимать другого как самостоятельный и независимый объект – с другой. О. Фенихель первым рассмотрел постоянные колебания самооценки как центральный механизм депрессии. С этого момента в психоаналитических теориях депрессии центральная роль начинает отводиться инстанции Я,

как субстанции, определяющей уровень самоуважения, а также разрыву между идеальным и реальным образом Я.

По пути, проложенному О. Фенихелем шли еще три значительных представителя психодинамической традиции и теоретика депрессии Дж. Джекобсон, Э. Бибринг и Дж. Сандлер. Все они отводили центральную роль колебаниям самооценки и разрыву между реальным и идеальным Я. Представительница теории объектных отношений Дж. Джекобсон рассматривала образ Я как некую матрицу, обладающую большей или меньшей дифференцированностью и интегрированностью. Низкая дифференцированность образов себя и других при депрессиях приводит к их неустойчивости и нестабильности, они легко «захватываются» противоположными энергиями-аффектами. Как видно, Дж. Джекобсон пытается интегрировать разработки психологии Я, теории объектных отношений и энергетическую теорию З. Фрейда. *Главной личностной чертой депрессивных пациентов она считала зависимость, главной проблемой – регуляцию самоуважения.*

Развивая теорию Дж. Джекобсон, Э. Бибринг (1953) помещает в центр следующий конфликт: *беспомощность пациента и его сильные нарциссические устремления, которые он не способен осуществить. Он рассматривает депрессию как особое состояние Я, воспроизводящее состояния беспомощности, пережитые в детстве.* Наличие такого опыта по Е. Бибрингу является предиспозицией к депрессии. Дж. Сандлер и В. Йоффе (1965) изучали детские депрессии и пришли к сходным выводам. Они пишут об утрате состояния первичного благополучия – принадлежности и интегрированности с объектом у детей, о «ментальной боли», связанной с утратой объекта или отторжения от значимых для него человеческих отношений. *Возникающая при этом беспомощность понимается как фундаментальное психобиологическое состояние ребенка.* Авторы проводят аналогию между состоянием беспомощности, как предиспозиции к депрессии и состоянием первичного страха, как предиспозиции к тревожным расстройствам. Аутоагрессию они рассматривают как результат низкого самоуважения вследствие беспомощности, а не как результат сложных механизмов, описанных З. Фрейдом (разочарование, интроекция объекта и т.д.). Осознание болезненного разрыва между реальным и идеальным состоянием понимается как центральный психологический механизм депрессии, а падение самоуважения как ее важнейший признак.

Разработка проблемы специфических механизмов депрессивных расстройств, помимо колебаний самоуважения, продолжалась в более поздних исследованиях психоаналитиков, представителей теории объектных отношений. Так, С. Блатт (Blatt, 1992) предложил различать *анаклитическую и интроективную депрессию*, с которыми связал гипотетически различные механизмы. Первую – с межличностной зависимостью и страхом утраты объекта, вторую – с высоким самокритицизмом, ангедонией и недовольством собой. Корни первого вида депрессии С. Блатт видел в опыте утрат и плохой родительской заботы, корни второй – в высоких семейных стандартах и перфекционистских требованиях к ребенку. Как представитель теории объектных отношений он подчеркивал роль внутренних объектов – образов себя и родителей (селф-объектных репрезентаций), которые недостаточно хорошо дифференцированы, интегрированы и осознаны, что делает человека крайне зависимым от внешних обстоятельств и оценок. С незрелыми структурами Я (объектными репрезентациями) связываются незрелые защитные механизмы, склонность к регрессии при столкновениях с внешними проблемами и при актуализации внутренних конфликтов.

Отреагирование вытесненной агрессии, осознание своей амбивалентности и ее источников в детском травматическом опыте, работа с незрелыми объектными репрезентациями и защитными механизмами с целью усиления Я пациента – важнейшие мишени психоаналитической работы с депрессивными пациентами.

Тревожные расстройства

Наиболее полный исторический анализ развития психоаналитического учения о тревоге содержится в фундаментальном обзоре А. Комптона (Compton, 1972 а,в). Он отмечал, что З. Фрейд постулировал два основных источника тревоги – внутренний, в виде собственных неосознаваемых инстинктов и аффектов, внешний – в виде опасностей, исходящих из внешнего мира. *Центральная роль в формировании симптомов тревожных расстройств в психодинамической традиции отводится защитным механизмам, прежде всего механизмам вытеснения и смещения.*

Из других психоаналитических теорий тревоги А. Комптон выделил подход М. Клейн, связавшей тревогу с вытесненными агрессивными тенденциями или инстинктом смерти, что оказало большое влияние на дальнейшее развитие взглядов на тревогу. М. Клейн считала страх смерти первичным и инстинктивным, связанным с инстинктом смерти и видела в

нем одну из главных причин тревоги. Вслед за З. Фрейдом, обращаясь к травме рождения как первичному источнику тревоги, она полагала, что при этой первой встрече с миром младенец переживает его как враждебный, а агрессивные оборонительные импульсы, направленные против внешних объектов, включая мать, вытесняются и преобразуются в тревогу.

Согласно современным психоаналитическим представлениям каждый человек должен трансформировать первичный диффузный страх в целенаправленный и конкретный. Это удается по мере развития и становления структуры Я с ее способностью различать внутренние импульсы и внешнюю реальность. Примером социализации первичного диффузного страха путем его конкретизации является известная тяга детей к различным страшным сказкам. Сказки дают возможность опредметить и переработать диффузный страх в конкретных фантазиях. В психоанализе существуют различные классификации тревоги. В обобщающих руководствах по психотерапии выделяется три основных типа страха (Senf, Broda, 2000):

1) страх уничтожения и страх утраты объекта (генетически первичный, диффузный, самый элементарный, именно с ним связывается в психоанализе тревожный невроз);
2) страх утраты любви и одобрения (появление его возможно только на определенной стадии развития Я, когда произошло разделение себя и объекта и имеют место определенные объектные отношения (типичен для депрессивных расстройств);
3) страхи, связанные с инстанцией Сверх-Я – наиболее зрелые страхи, связанные с уже оформившейся структурой Я и интернализацией родительских запретов и моральных принципов (типичны для обсессивно-компульсивных расстройств).

Психодинамическая гипотеза относительно иррациональных страхов – различных фобий – состоит в том, что внешне безобидный стимул ассоциируется с другим, пугающим, который будучи вытесненным в бессознательное, остается не опознанным, но усиливает реакцию на внешне нейтральный стимул. Психоаналитические наблюдения показывают, что у многих пациентов с выраженными тревожными симптомами часто обнаруживается в анамнезе сексуальное насилие или другие психотравмы, о которых пациенты вспоминают и решаются рассказать только в результате терапии.

На рис. 1 показано, как защитные механизмы регрессии, вытеснения и смещения приводят к формированию тревожных расстройств.



Рис. 1. **Психодинамическая модель тревожных расстройств (по Senf, 1996)**

В случае тревожного невроза речь идет о регрессии на основе дефицитарной структуры Я: из-за слабости инстанции Я не срабатывает защита от страха и он становится основным симптомом, при этом могут возникнуть массированные атаки страха (паника). Дефицитарная структура Я, как уже отмечалось выше, рассматривается в современном постклассическом психоанализе как недостаточная дифференцированность и интегрированность объектных репрезентаций, вследствие переживания травматического опыта ранних объектных отношений. В случае актуализации пережитых травм и вытесненных конфликтов, включаются защитные механизмы регрессии.

Основные мишени психоналитической терапии тревожных расстройств во многом сходны с таковыми при депрессиях: *вскрытие глубинных конфликтов, работа с незрелыми объектными репрезентациями и защитными механизмами с целью усиления Я пациента.*

Соматоформные расстройства

Понятие соматизации было введено психоаналитиком В. Штекелем. Согласно ему, *соматизация – это телесные нарушения, возникающие как выражение глубинного конфликта.* Если в случае тревожного расстройства ведущим защитным механизмом является механизм смещения, то в случае соматизации в качестве защитного механизма выступает классический для истерии *механизм конверсии.* Истерические симптомы также понимались как «тайное послание» в смысле непрямого выражения желаний, потребностей и чувств через телесные симптомы. Например, считалось, что подавленное отвращение может выражаться в хронической тошноте и рвоте, а подавленная обида может найти свое символическое выражение в виде симптома «кома в горле». Аналитическое лечение таких расстройств сводится к помощи в осознании этого конфликта и его переработке через принятие собственной сложной душевной динамики.

Неадекватное расширение некоторыми психоаналитиками понятия конверсии практически на все соматические нарушения привело к тому, что и термин «соматизация» стал применяться предельно широко. Фактически по механизму конверсии или соматизации трактовались такие заболевания, как бронхиальная астма (трудности дыхания, как выражение бессознательного желания вернуться в лоно матери), язвенная болезнь (стремление растворить, уничтожить негативный интроецированный объект) и т.д.

Позднее произошел отказ от такой расширительной трактовки конверсии. Однако термин «соматизация» закрепился в качестве механизма, описывающего возникновение так называемых психосоматических заболеваний (т.е. хронически протекающих истинных соматических расстройств, в происхождении которых важная роль приписывалась психологическим факторам) – бронхиальная астма, язвенная болезнь, нейродермит, гипертоническая болезнь и т.д.

Во второй половине XX в. вместе с сексуальной революцией уменьшается число грубых конверсионных расстройств, зато настоящим бичом индустриального и постиндустриального общества с его ускоренным темпом и ломкой привычного образа жизни становятся вышеупомянутые психосоматические расстройства. Это соматические заболевания, очень плохо поддающиеся медикаментозному лечению и имеющие выраженную тенденцию к хронификации. Термином «соматизация» начинает описываться процесс реальных органических измене-

ний, возникающих в результате воздействия определенных стрессов, с которыми не удается справиться на психологическом уровне.

Личный врач З. Фрейда психоаналитик М. Шур предложил концепцию десоматизации/ресоматизации, в которой развитие рассматривается как возрастающая способность Эго реагировать на происходящее на психическом уровне (десоматизация), а переход на соматический уровень реагирования (ресоматизация) как регресс в стрессовых ситуациях, которые не удается адекватно переработать на психологическом уровне.

Отец немецкой школы психосоматической медицины А. Митчерлих предложил концепцию двух линий обороны или двух уровней защиты организма от разрушительного воздействия конфликта. Первый уровень – психо-социальный, на котором совладание с конфликтом осуществляется исключительно психологическими средствами, т.е. через социальную поддержку и отреагирование в беседе и обсуждении или же через психологические защитные механизмы (вытеснение, регрессия, изоляция, отрицание, проекция и т.д.) Если нормальная психологическая защита не срабатывает, то подключаются невротические защитные механизмы –депрессии, навязчивости, фобии. Вторая линия обороны – соматизация – подключается, когда с конфликтом не удается справиться на психологическом уровне.

Развитием и углублением концепции двух линий обороны А.Митчерлиха можно считать концепцию «giving up (отказ, поражение) и given up (сдавшийся)» известных исследователей психосоматики Дж. Энгеля и А. Шмале (Engel, Schmale 1967). Авторы связывают включение механизмов соматизации с ослаблением иммунной защиты в результате психологического отказа от будущего – потери веры и оптимистического настроя. Этому отказу предшествует реальная или воображаемая потеря важного для больного объекта, в результате чего и возникают чувства тоски, беспомощности и отказа от будущего (*giving up*). Лечение в соответствии с этим должно быть направлено на воссоздание истории потери и внутреннего отказа от будущего и на их психологическую переработку.

Две концепции, возникшие в 1940–1950-х гг. – личностных черт (Ф. Данбар) и специфического конфликта (Ф. Александера), оказали наибольшее влияние на исследователей в качестве психологических моделей соматизации.

В 1963 г. сотрудники Массачусетского госпиталя в Бостоне П. Сифнеос и Д. Неймиах описали группу больных психосоматическими расстрой-

ствами с указанием на значительные трудности вербального выражения и описания собственных чувств и выраженную бедность фантазии. В 1972 г. для этого феномена П. Сифнеос предложил специальный термин «алекситимия» (нет слов для чувств). Так, в 1970-х г. возникла *концепция алекситимии* (Nemiah, Sifneos, 1970; Sifneos, 1977), претендующая на вскрытие общего для различных заболеваний механизма соматизации. Она породила многочисленные исследования и жаркие споры и дискуссии, которые не утихают и по сей день (Николаева 1991; Тхостов, 2002; Гаранян, Холмогорова, 2003; Холмогорова с соавт. 2000).

Начиная с 1980-х гг. термин «соматизация» начинает употребляться в значении функционального расстройства, связанного с трудностями переработки психологического стресса. В начале 1990-х гг. в Международную классификацию включается категория «соматоформного расстройства».

Развитие психосоматической теории связано с психологией Я и с теорией объектных отношений. Согласно М. Малер (Maler, 1965) предиспозиция к болезни связана с особым стилем отношений к матери – симбиотическая связь, при которой у человека не формируется способность к независимому автономному функционированию, т.е. он постоянно нуждается в так называемых селф-объектах для обеспечения психологической и физиологической регуляции. «Психосоматическая мать» описывается как авторитарная, открыто тревожная и латентно враждебная. Отец же, неспособный противостоять доминантной матери, находится на периферии. Таким образом, согласно аналитической модели раннее нарушение объектных отношений ведет к дефектам развития, выражающимся в невозможности автономного функционирования. В силу незрелости (неинтегрированности и слабой дифференцированности объектных репрезентаций) этим людям необходимы объекты-регуляторы и их утрата провоцирует рецидив заболевания. В основе функциональных соматоформных расстройств также лежит механизм соматизации, который трактуется по аналогии с рассмотренными выше психосоматическими.

Психоаналитическая психотерапия требует существенной модификации при работе с соматоформными больными. Неспособность к символизации, фокусировке на внутреннем опыте, биологическая концепция болезни, делает их крайне трудными пациентами для всех подходов, но особенно для психоанализа. Модификация заключается в подключении принципов и компонентов когнитивно-бихевиоральной пси-

хотерапии, таких как структурированность сеансов и информационно-образовательная работа с больным. Основная причина необходимости такой модификации – отсутствие мотивации к психотерапевтической работе и готовности к длительным усилиям, необходимым в процессе психологического анализа и преодоления своих проблем.

В рамках психоаналитической модели соматизация – прежде всего защитный механизм, причем достаточно примитивный и трудный для осознания и преодоления, поэтому достижение психотерапевтического альянса требует значительных временных затрат. Р. Никель и У. Эгль (Nickel, Egle, 1999) отмечают, что главное условие создания рабочего союза с соматоформным больным – создание атмосферы безопасности. Следует учитывать довольно сильные реакции переноса, возникающие у этих больных. Разъяснения, ответы на вопросы, конфронтация и научение через моделирование терапевтом имеют приоритет над техниками интерпретации. В групповой работе интерпретация должна быть направлена, прежде всего, на ситуацию «здесь и теперь». Другие модификации классических техник соответствуют принципам работы с психотравмой, в связи с тем, что в истории жизни этих больных, как правило, имеют место физическое и психологическое насилие, эмоциональная депривация в детстве. Предпочтение отдается групповым интерактивным формам работы.

Основные мишени психоаналитической работы с этими пациентами – *низкая фрустрационная толерантность, стремление к признанию и достижениям, их склонность к идеализации и обесцениванию, а также пассивная зависимость и потребность в абсолютной безопасности.* Работа с переносами как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии должна начинаться лишь после создания атмосферы безопасности. Предлагаются следующие шаги, направленные на увеличение внутренней структурированности и дифференциации: 1) дифференциация между физической болью и аффектом; 2) дифференциация между приемлемым аффектом и отказом от нежелательных чувств; 3) интеграция нежелательных аффектов; 4) уменьшение защиты, преодоление сопротивления, проработка переноса; 5) тренировка других способов поведения и коммуникации.

Нетрудно заметить, что в динамической психотерапии соматоформных расстройств содержится довольно много элементов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, которая занимает сейчас лидирующее положение в лечении соматоформных расстройств. Исследования эффективности

динамической психотерапии соматоформных расстройств немногочисленны и не во всем соответствуют современным довольно жестким критериям проведения подобного рода исследований (независимые эксперты, рандомизированные выборки и т.д.). Тем не менее они свидетельствуют об эффективности динамической терапии, модифицированной и интегрированной с когнитивно-бихевиоральной. Приведем данные одного из исследований эффективности. Из 33 пациентов с соматоформным болевым расстройством, прошедшим трехлетний курс лечения (всего 120 сессий по 1,5 ч каждая) у 50% отмечалось значимое улучшение, вплоть до полного выздоровления. У 30% изменения практически отсутствовали и 20% прервали лечение (Nickel, Egle, 1999).

Таким образом, можно выделить *ряд общих факторов депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, которые отмечаются исследователями–психоаналитиками:* 1) наличие травматического опыта интерперсональных отношений в детстве, связанного с базовым чувством беспомощности или отсутствием базового чувства безопасности; 2) колебания самооценки, зависимость от внешних оценок, межличностная зависимость, связанная с незрелыми и недифференцированными объектными репрезентациями; 3) вытесненная агрессия, враждебность и недоверие по отношению к людям, незрелые защитные механизмы, ведущие к искажению реальности; 4) трудности установления близких партнерских отношений с другими людьми. *Различия связаны, прежде всего, с разными типами защитных механизмов* (у депрессивных – проекция и регрессия, у тревожных – смещение, у соматоформных – соматизация). Для пациентов с соматизацией особо подчеркивается роль алекситимии (недостаточно развитой способности к фокусировке на внутреннем мире, вербализации и выражению чувств), что обусловливает специфику и особые трудности в психологической работе с этим контингентом. Проблематичность оценки *эффективности* психодинамической терапии расстройств аффективного спектра связана с сравнительно небольшим числом надежных исследований в этой области.

2.2. Когнитивно-бихевиоральная традиция – фокусировка на дисфункциональных мыслях и поведенческих стратегиях

Депрессивные расстройства

Хотя исторически бихевиоризм на полстолетия предшествует появлению когнитивной психологии и психотерапии, бихевиоральная и ког-

нитивная модели психотерапии депрессий начинают развиваться фактически одновременно в 1960-е гг. Широкую известность получили исследования выученной беспомощности М. Селигмена и созданная на этой основе бихевиоральная модель депрессий. Напомним, что идея пережитого опыта беспомощности является центральной и в рассмотренной выше концепции депрессии психоаналитика Дж. Сандлера.

Когда на смену радикальному бихевиоризму приходит методологический, в центр внимания исследователей перемещаются внутренние когнитивные процессы. Важнейшим понятием, которое впервые вводит в бихевиоризме А. Бандура, является понятие «саморегуляция». В основе саморегуляции поведения лежат наши *стандарты* и связанный с ними *уровень притязаний.* Так, в экспериментах А. Бандуры и его сотрудников дети, которым предъявлялись модели, устанавливающие высокие стандарты, одобряли свои действия только в случае их превосходного выполнения, а дети, которым показывали модели, вознаграждающие себя за маленькие достижения, научались поощрять себя за небольшие успехи. «В своих крайних формах строгие требования в оценке себя порождают депрессивные реакции, хроническую неуверенность, чувство неполноценности и недостаток целеустремленности» (Bandura, 1977; P.141). «Промежуточные цели приемлемой сложности будут обладать наибольшей побудительной и удовлетворяющей силой» (там же; P.162).

А. Бандура указывал на такой механизм саморегуляции как наши представления о своей эффективности – *самоэффективность*, однако при этом он вводил и такое понятие как реальная эффективность, отмечая, что переоценка своей эффективности в определенных ситуациях чревата разочарованием и дезадаптацией. Наконец, наши внутренние *самоподкрепления* (в виде самоподбадривания, похвалы самому себе и т.п.) он считал более важными, чем внешние подкрепления для успешного осуществления тех или иных задач.

Эта концепция дала толчок многочисленным исследованиям различных психических расстройств, которые подтвердили наличие низкой личностной самоэффективности при депрессиях, тревожных расстройствах, нарушениях пищевого поведения, зависимостях (Maddux, 1991). Психические расстройства возникают вследствие «нереалистичных ожиданий относительно собственного поведения и поведения других, недооценке или переоценке результатов и последствий, неспособности контролировать события и добиваться поставленных целей или чув-

ства невозможности делать то, что для этого необходимо (и на что, как кажется, способны другие люди)» (там же; P.65).

Первые попытки целенаправленного изучения содержания когнитивной сферы при депрессии предпринял А. Бек, исследовавший сновидения, типичные мысли и фантазии депрессивных больных с целью верифицировать психоаналитическую теорию и обнаружить признаки вытесненной враждебности. Вместо этого он обнаружил две основные характеристики изучаемой психической продукции:

а) фиксированность на теме реальной или мнимой утраты (смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей) в виде постоянных негативных мыслей, неподконтрольных сознанию, которые он назвал *автоматическими*;

б) группировка этих мыслей вокруг трех основных тем, которые он назвал депрессивной *негативной триадой* – это негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Помимо понятия автоматических мыслей А. Бек предложил понятие *когнитивной схемы – системы убеждений пациента, касающихся определенной темы или проблемы.* Он пришел к выводу, что система убеждений у больных депрессивными расстройствами отличается абсолютистским, ригидным и императивным характером с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм как «следует» и «должен». Наличие таких убеждений А. Бек вслед за К. Хорни назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием Супер-Эго. Он привел пример типичных долженствований депрессивных больных: «Я должен быть способен быстро и самостоятельно найти решение любой проблемы», «Я должен быть всегда на пике продуктивности», «Я должен все знать, понимать и предвидеть», «Я никогда не должен страдать, я должен всегда быть счастливым и безмятежным».

Упрощенное содержание убеждений, директивность, очевидный недостаток дифференцированности свидетельствуют, по мнению М. Ковак (Kovacs, Akiskal, 1994), об их инфантильной природе, что явно перекликается с современными психодинамическими представлениями о психологической природе этих расстройств. В когнитивной модели также используется психодинамический принцип исторического анализа и рассматривается типичный травматических опыт этих пациентов:

1. Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп. Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие непроходящие травмы.
2. Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности или родителя, чья система конструктов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, ребенок может приобщиться к неадаптивным схемам на основе механизма социального моделирования.
3. Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами также могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.
4. Физический дефект (типа детского ожирения) способствует формированию образа Я как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению детских представлений о собственной непривлекательности.

Перестройке неадаптивных убеждений на основе противоречащего им нового опыта препятствует система когнитивных искажений, среди которых центральную роль для депрессии играет *негативное селектирование – склонность избирательно вычленять и запоминать информацию с негативным смыслом и игнорировать позитивную.*

Согласно когнитивной модели, эмоциональные, мотивационные и поведенческие компоненты депрессивного синдрома – тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинение и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение – являются продуктом вышеописанных когнитивных нарушений. *Поэтому основными мишенями когнитивной психотерапии депрессий является коррекция когнитивных искажений, негативных автоматических мыслей и, лежащих в их основе, неадаптивных когнитивных схем.*

Тревожные расстройства

В 1960-е гг. зародилась когнитивно-бихевиоральная психотерапия тревожных расстройств. Бихевиоральная модель этих расстройств была разработана основателем бихевиоризма Дж. Уотсоном в знаменитых опытах с маленьким Альбертом. Позднее его последовательница М. Джонс продемонстрировала возможность коррекции фобических ре-

акций в экспериментах с маленьким Питером. В опоре на эти исследования Дж. Вольпе создает бихевиоральную терапию тревожных расстройств методом систематической десенситизации. Тревога рассматривается в этой традиции с эволюционистских позиций – как защитная реакция, способствующая биологическому выживанию. Отличие патологической тревоги заключается в том, что она не только не служит этой цели, но, наоборот, способствует дезадаптации.

В это же время создает свой подход А. Бек, ассимилируя разработки бихевиоральной терапии и идеи когнитивной психологии. В когнитивно-бихевиоральной психотерапии пока нет детальной концепции генеза патологических тревожных реакций и состояний, тем не менее, в ней подчеркивается роль различных факторов – когнитивных, нейрохимических, аффективных, поведенческих, т.е. это интегративная модель (Barlow, 1988). Она подчеркивает наличие предиспозиции к тревожным расстройствам (как биологической, так и психо-социальной).

Остановимся на тех данных, которые освещают источники повышенной тревожности или, выражаясь в терминах когнитивно-бихевиорального подхода, онтогенез схемы опасности.

Как было сказано выше, попытки развести нормальную и патологическую тревогу предпринимались еще З. Фрейдом. Создатель когнитивной терапии А. Бек особенно детально разработал представления о когнитивных механизмах тревожных расстройств. Он указал на антиципирующий характер патологической тревоги, которая начинает свою деятельность по предвосхищению опасности не в связи с угрожающей ситуацией, а уже в связи с возможностью ее наступления. Мобилизация организма против возможной или имеющей место опасности при тревожных расстройствах возникает там, где этой реальной опасности нет или же она очень сильно преувеличена в воображении больного. Зачастую больной и сам осознаёт иррациональность своей тревоги, тем не менее, он не в силах контролировать ее. Это говорит о том, что происходит включение каких-то глубинных и плохо осознаваемых схем опасности, которые соответствуют наиболее автоматическому и неподконтрольному сознанию уровню процесса переработки информации.

Включение схемы опасности организует весь процесс переработки информации, значительно искажая как внешнюю ситуацию, так и внутренний опыт (например, больному социальной фобией все люди кажутся враждебными, а больным паническими атаками малейшие неприятные ощущения в сердце могут интерпретироваться как начало

сердечного приступа). Таким образом, внешняя информация перерабатывается со значительными искажениями, которые рассматриваются как основной механизм усиления патологической тревоги. «Симптомы тревожных расстройств представляют собой неадекватную автоматическую реакцию, базирующуюся на значительной переоценке степени опасности и недооценке собственной способности справиться с ней» (Beck, Emery, 1985; P.22). Эта центральная характеристика схемы опасности в когнитивно-бихевиоральной терапии – «Я слаб, мир опасен».

Включение схемы опасности запускает определенные когнитивные процессы. Правила, по которым работает эта схема, не позволяют адекватно перерабатывать информацию, с учетом всей совокупности обстоятельств и фактов, они скорее основаны на прошлом негативном опыте, чем на актуальной ситуации. Это правила, которые способствуют таким искажениям реальности, как генерализация симптомов, т.е. расширение набора стимулов, воспринимаемых как опасные. Основными когнитивными искажениями при тревожных расстройствах являются катастрофизация (максимизация опасности), возможная благодаря селективному абстрагированию (игнорированию одних стимулов и избирательному выбору других), и персонализация (отнесение нейтральных событий к себе и трактовка их в духе подтверждения собственной уязвимости и враждебности окружения).

Эти искажения реальности или нарушения мышления характерные для тревожных расстройств, в каждом индивидуальном случае осуществляются через определенные правила, которые являются компонентами когнитивной схемы опасности, например:

1. Каждая незнакомая ситуация должна рассматриваться как опасная.
2. Любой человек ненадежен, пока он не докажет свою надежность.
3. Всегда лучше ожидать худшего.
4. Я никому не могу доверить своей безопасности и все должен контролировать.

Другой известный представитель когнитивно-бихевиоральной психотерапии А. Эллис выделил два эмоционально-поведенческих стереотипа при тревожных расстройствах (Ellis, 1979): страх дискомфорт (discomfort anxiety) и Я-страх (Ego-anxiety).

Страх-дискомфорт он определил как эмоциональное напряжение, которое возникает, так как человек считает, что: 1) привычные удобства его жизни в опасности; 2) или он не сможет получить того, чего хочет; 3) наконец, это ужасно, это катастрофа, если он не получит того,

чего хочет, на что рассчитывал. Согласно А. Эллису агорафобические пациенты сначала выдвигают следующие абсолютистские требования к себе: «Я ни в коем случае не должен переживать или ощущать дискомфорт, когда я езжу на транспорте или хожу в магазин, и это ужасно, если я все же его переживаю». Они начинают избегать ситуаций, в которых они чувствуют себя дискомфортно, ссылаясь на страх перед этими ситуациями. В результате они развивают так называемый страх страха, навязчиво ожидая, что в соответствующей ситуации им придется переживать крайне неприятное состояние. В основе процесса страха согласно А. Эллису лежит неосознаваемая установка избегать все неприятности и неприятные ощущения в жизни.

Часто вместе со страхом-дискомфортом возникает Я-страх, который А. Эллис определил как эмоциональное напряжение, которое возникает при мысли об угрозе самооценке. В основе этого страха лежит неосознаваемая установка, что не добиться блестящих результатов ужасно, что невыносимо быть недостаточно высоко оцененным другими людьми. Так, агорафобические больные требуют от себя раскованного, свободного от страха поведения и чувствуют себя абсолютно ничтожными, если они не соответствуют этим требованиям.

Содержание когнитивных процессов у больных тревожными расстройствами связано с темой предвосхищаемой опасности, собственной крайней уязвимости и неспособности справиться с угрозой. Данная тема конкретизируется при каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием (Beck, Emery, 1985):

1) постоянное предвосхищение отрицательных событий в будущем (антиципирование несчастий);
2) представление о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденностью в собственной некомпетентности в ежедневных делах, которая сохраняется даже перед лицом очевидной компетентности. Специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»;
3) опасение потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы необходимых дел;
4) представление о собственной неспособности ладить с окружающими и страх быть осмеянным или отвергнутым в результате некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый субъективный сценарий этой катастрофы таков – внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т.д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым сигналам безопасности – выходу, госпиталю, доктору, другу, медикаментам, и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. Вероятность панической атаки возрастает при повышенной сензитивности к внутренним ощущениям и склонности к катастрофической интерпретации этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В ряде исследований предприняты попытки выявить онтогенез «схемы опасности», заставляющей тревожных больных соответствующим образом контролировать социальное окружение и физическую среду. Выделены следующие онтогенетические факторы (Cottraux, Mollard 1988):

1. Смерть значимого Другого – событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками, и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий.
2. Опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве.
3. Опыт небезопасной привязанности в раннем детстве.

Соматоформные расстройства

Когнитивно-бихевиоральная модель помощи больным соматоформными расстройствами основана на концепции соматосенсорной амплификации (Barsky, Wyshak, 1990) и была описана известным британским исследователем и психотерапевтом П. Сальковскисом (Salkovskis, 1989, 1995). Центральной в этой модели является работа с характером восприятия больными своих телесных ощущений. Как правило, у них имеются установки и убеждения о высокой вероятности развития соматического заболевания. В соответствии с этими убеждениями интерпретируются все воспринимаемые телесные ощущения. Более того, в силу постоянного прислушивания и отыскивания симптомов возрастает общее напряжение, растет тревога, а значит и ее вегетативное сопровождение, которое в свою очередь приводит к усилению телесных сенсаций. Окружающие, в том числе доктора, нередко склонны подкреплять эту тревогу собственной озабоченностью, назначением мно-

гочисленных обследований и т.п. Таким образом, возникает порочный круг соматизации.

Первая фаза лечения обычно заключается в подробном выяснении симптомов, ситуаций, в которых эти симптомы возникают или усиливаются, чувств и мыслей, которые эти симптомы сопровождают. Обычно дифференцировать чувства и соматические симптомы удается после выявления так называемых автоматических мыслей, тревожное или депрессивное содержание которых позволяет вычленить соответствующую эмоцию (Barsky et al., 1988, 1993). Автоматические мысли можно разделить на связанные с симптомами и связанные с ситуацией. Мысли, связанные с симптомами обычно включают интерпретацию различных физических ощущений, провоцирующую рост тревоги: «Возможно у меня инсульт». Мысли, связанные с ситуацией обычно являются триггерами физических симптомов: «От этой работы мне станет плохо и, в конце концов, я не справлюсь и сорвусь». В основе этой тревоги могут лежать убеждения в собственной уязвимости для тяжелой болезни, своей некомпетентности и неспособности справиться с работой.

Для того чтобы изменить негативные автоматические мысли, лежащие в основе порочного круга тревоги, необходимо выяснить аргументы в пользу этих мыслей, которые могут быть у пациента и казаться ему очень важными. Терапевт предлагает пациенту проверить, нет ли ошибок в его логике, не искажает ли он факты и реальность, избирательно селектируя факты, подтверждающие его худшие опасения (негативное селектирование), возводя частные факты в правило и т.д. Важно, что интервенции касаются не симптомов самих по себе, а лежащих в их основе дисфункциональных убеждений. Больной учится относиться к своим негативным мыслям как к гипотезам и тестировать их на предмет соответствия реальности. Необходимы дальнейшие исследования и поиски эффективных методов психотерапии соматоформных расстройств (Rief, 2005).

Как видно, когнитивная психотерапия значительно отходит от классической бихевиоральной модели и терапии расстройств аффективного спектра. Тенденция к интеграции с современными представлениями психодинамической традиции проявляется во внимании к прошлому опыту, который фактически игнорируется в бихевиоральной психотерапии, опирающейся на принцип ситуативного детерминизма; а также выделении системы когнитивных искажений реальности – аналога защитных механизмов. Понятие «когнитивная схема» имеет явные чер-

ты сходства с понятием объектных репрезентаций. Характеристики этих структур или моделей мира в норме и патологии также имеют черты сходства в обеих традициях, наибольшее значение имеют степень их дифференцированности и гибкости. Патологические когнитивные схемы характеризуются ригидным и абсолютистским характером, их застывшие структуры плохо корректируются в соответствии с новым опытом и обстоятельствами жизни.

Согласно когнитивной модели А. Бека *каждое психическое расстройство имеет свой специфический когнитивный профиль – при депрессиях – мысли о потерях и неуспехах, в то время как при тревожных расстройствах мысли об угрозе и собственном бессилии.* Это подтверждается акцентом на безвыходность и окончательность поражения и сосредоточением на прошлых неудачах при депрессиях, в то время как мышление при тревожных расстройствах более ситуативно ориентированно и носит характер предвосхищения возможных будущих угроз. При депрессии мысли носят абсолютистский характер. Основным содержанием автоматических мыслей при соматоформном расстройстве является угроза здоровью, сосредоточенность на неприятных телесных ощущениях и их неадекватная интерпретация как признаков заболевания.

Таким образом, наиболее высоким *интегративным потенциалом отличается когнитивная психотерапия.* Он проявляется в объединении преимуществ глубинного и поведенческого подхода (работе как с повседневными ситуациями и конкретными нарушениями мышления и поведения, так и с их глубинными механизмами и источниками в прошлом опыте в виде дисфункциональных убеждений). Основной целью когнитивной психотерапии является перестройка дисфункционального мышления.

В настоящее время когнитивно-бихевиоральная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств признается большинством авторов как наиболее влиятельная и эмпирически обоснованная, а *эффективность* когнитивно-бихевиоральной психотерапии при расстройствах аффективного спектра подтверждена большим количеством исследований (Perrez, Baumann, 2005). Она сопоставима с эффективностью медикаментозного лечения антидепрессантами (Thase et al., 1997) при этом подчеркивается ее более высокий превентивный эффект. Так, метаанализ целого ряда надежных исследований показал, что в течение года после основного курса лечения антидепрессантами около 60% пациентов переживают по-

вторный приступ депрессии, а после курса когнитивно-бихевиоральной психотерапии только 29,5% (Gloaguen et al., 1998). Она занимает первое место среди всех методов психотерапии по эффективности лечения большой депрессии (DeRubies, Crits-Christoph, 1998) и различных тревожных расстройств (Grave et al., 1994; Ruhmland, Margraf, 2001). Имеются также отдельные отечественные исследования, подтверждающие ее эффективность и преимущества комбинированной терапии. (Вейн с соавт., 1993; Бобров, Агамамедова, 2006). *Когнитивно-бихевиоральная психотерапия является методом первого выбора среди других психотерапевтических подходов при лечении расстройств аффективного спектра, как правило, она рекомендуется в сочетании с медикаментозным лечением (Perrez, Baumann, 2005).*

2.3. Эвристический потенциал разработок российской психологии мышления – фокусировка на развитии рефлексивной регуляции

Какой же конструктивный потенциал содержат в себе разработки российских психологов и чем они могут быть полезны в становлении общей психотерапии, которую один из наиболее авторитетных исследователей психотерапии К. Граве понимал, прежде всего, как синтез наиболее эвристичных идей относительно механизмов психической патологии и эффективных методов их корректировки?

Существует достаточно тесная внутренняя связь между различными и никогда не пересекавшимися направлениями – когнитивной психотерапией и отечественной психологией мышления. Исследования познавательной деятельности или когнитивных процессов, занимают центральное место в работах таких крупных представителей Московской психологической школы как Л.С. Выготский (1982, а,б) и П.Я. Гальперин (1959). Нарушения познавательной деятельности были центральным предметом в исследованиях основательницы Московской школы клинической психологии Б.В. Зейгарник (1986).

В качестве движущей силы развития как в когнитивной психотерапии, так и в данной школе, рассматривается собственная активность субъекта (Леонтьев, 1975; Alford, Beck, 1997). Акцентирование ведущей роли сознания в развитии резко отличает когнитивную психотерапию от бихевиоризма и психоанализа и сближает ее с Московской психологической школой.

Еще одним моментом, сближающим когнитивную психотерапию с Московской психологической школой, является взгляд на проблему

связи аффекта и интеллекта как одну из центральных для понимания развития. Споры, ведущиеся среди когнитивистов вокруг этой проблемы, были в значительной мере предвосхищены Л.С. Выготским в принципе единства аффекта и интеллекта при возрастающей роли интеллекта в развитии. Причем, он указывал на принципиальные различия между понятийным логическим мышлением взрослого человека и допонятийным мышлением ребенка, подчеркивая невозможность решения проблемы связи аффекта и интеллекта вне проблемы развития. В этом смысле позиция Л.С. Выготского указывает ориентир всей когнитивно-бихевиоральной традиции, где проблема развития традиционно недооценивалась и до сих пор доминируют попытки статичного решения проблемы связи аффекта и интеллекта. Можно выделить три доминирующих в психологии представления об их связи: 1) когнитивные процессы первичны, эмоции вторичны; 2) эмоции первичны, когнитивные процессы вторичны; 3) наконец, когнитивные и эмоциональные процессы симультанны. Согласно Л.С. Выготскому в процессе онтогенеза эти отношения постоянно изменяются в направлении возрастания роли когнитивных процессов, никогда не застывая в навсегда заданной форме «В ходе развития изменяются не столько свойства и строение интеллекта и аффекта, сколько отношения между ними <...> изучение жизни ребенка – от ее самых примитивных до самых сложных форм – показывает, что переход от низших к высшим аффективным образованиям непосредственно связан с изменением отношений между аффектом и интеллектом» (Выготский, 1983; С.225).

Следует отметить также близость понятий «внутренняя речь» у Л.С. Выготского и «автоматические мысли» у А. Бека. В результате наблюдений за своими пациентами А. Бек приходит к выводу о существенном, если не определяющем влиянии на эмоциональное состояние человека подсознательных когнитивных процессов, протекающих в форме свернутой внутренней речи или образов, возникающих непроизвольно и не попадающих в фокус сознания. Терапевтическая работа по раскрытию проблемного хода мыслей чрезвычайно трудоемкая, так как многие, связанные с нарушениями когниции протекают автоматически и непосредственно не замечаются пациентом. О роли такого рода мыслей в регуляции эмоционального состояний и поведения и о трудностях их регистрации писал Л.С. Выготский в своей критической статье о классическом бихевиоризме «Сознание как проблема психологии поведения»: «... человек всегда думает про себя: это никогда не остает-

ся без влияния на его поведение; внезапная перемена мыслей во время опыта всегда резко отзовется на всем поведении испытуемого (вдруг мысль: «Не буду я смотреть в аппарат»). Но мы ничего не знаем о том, как учесть это влияние» (Выготский, 1983; С.79).

Именно А. Беку удалось разработать систему приемов для выявления этой скрытой внутренней речи. Метод выявления и регистрации подсознательных когнитивных процессов или, выражаясь в его терминологии, автоматических мыслей можно уподобить методу свободных ассоциаций З. Фрейда, сделавшего психоанализ практически работающей системой. А. Бек создал целую систему приемов, направленных на выявление и регистрацию автоматических мыслей, фактически сконструировав собственный зонд в подсознание, в глубинные, находящиеся на периферии сознания процессы.

В фундаментальном труде «Мышление и речь» Л.С. Выготский уделил много внимания проблеме внутренней речи, которая отличается от внешней речи структурно: она имеет предикативный телеграфный характер и не существует в виде словесно четко оформленных предложений. Л.С. Выготский также писал о допонятийном мышлении, которое иррационально и имеет принципиально иную структуру по сравнению с логическим – в нем доминируют случайные связи по отдельным признакам понятий, а не их совокупности в целом.

Согласно А. Беку автоматическая мысль рождается из внутренней когнитивной схемы, механизмы возникновения которой пока до конца не описаны. Однако можно предположить, что это прежде всего превращенные в определенную систему убеждений и во внутреннюю речь голоса родителей и других значимых фигур, а также сильные эмоциональные переживания, оформленные в диффузные идиосинкретические образы – например, образ себя как беспомощного и нелюбимого, связанный с длительным тяжелым опытом сиротства в детстве. Аффективная заряженность этого образа делает его недоступным для логического мышления, даже когда ребенок становится взрослым вполне дееспособным человеком. По меткому выражению психаналитика Э. Бибринга за ним стоит определенное пережитое в детском возрасте «психобиологическое состояние», обладающее тенденцией к актуализации в ситуациях сепарации, разлук, потерь в дальнейшей жизни.

Мысли, высказываемые родительскими фигурами, не подлежат анализу и критической оценке, они просто принимаются на веру. Так, Е.Т. Соколова, отмечает: «Можно предположить, что когнитивная и аф-

фективная составляющая самооценки развиваются не одновременно – ребенок значительно раньше начинает ощущать себя существом любимым или отверженным, и лишь затем приобретает способности и средства когнитивного самоосознания» (Соколова, 1989; С.55).

Логические вторичные процессы мышления, протекающие по принципу реальности, надстраивается над первичными. Они могут входить в противоречие с первичными когнитивными схемами и тогда действие последних приводит к нарушениям логики и различным когнитивным искажениям. Перестройка глубинных схем возможна благодаря способности человека к третичным процессам мышления, направленным на анализ собственного мышления. В западной психологии они получили название *метакогнитивных процессов*, а в отечественной психологии мышления для их обозначения было введено понятие ***рефлексии***.

Опираясь на разработки зарубежных и отечественных психологов можно выделить по крайней мере три уровня организации когнитивных процессов: 1) первичные дологические, основанные на аффективных связях; 2) вторичные, основанные на логических, рациональных связях; 3) рефлексия или метакогнитивные процессы, основанные на способности человека осознавать и менять глубинные основания собственного мышления и собственной деятельности. *Развитие зрелой личности заключается в постепенном переходе к третьему уровню когнитивной организации.*

В качестве источников когнитивной схемы в онтогенезе выступает ранний эмоциональный опыт с одной стороны и дологическое мышление ребенка – с другой. Можно предположить, что если схемы негативны и излишне аффективно заряжены, нарушается развитие вторичных процессов мышления и рефлексивной способности, что приводит к различным поведенческим и эмоциональным проблемам.

На основании представления об идиосинкретическом характере внутренней речи, можно утверждать, что пациент нуждается в недирективной вербальной поддержке, чтобы развернуть свои скрытые полуосознанные мысли. Директивный опережающий подход (*challenging*), характерный для рационально-эмотивной терапии А. Эллиса создает опасность, что пациент получает извне знание о своих иррациональных убеждениях, но не осознает свои собственные идиосинкретические структуры.

Следует особо остановиться на проблеме метода когнитивной психотерапии и того гипотетического метода помощи, который можно тео-

ретически экстраполировать из разработок московской психологической школы. В последних работах при анализе психической патологии Б.В. Зейгарник особо акцентировала роль нарушений ***опосредствования*** или способности к сознательной перестройке своих эмоциональных реакций, тесно связанную с осознанием человеком своих ценностей и установок. В этом она видела основу саморегуляции поведения. Данные о нарушениях способности к осознанию своих смысловых образований при различных психических расстройствах были получены в ряде исследований (Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Соколова, Николаева, 1995; Сафуанов, 1985; Тхостов, 2002 и др.). Отсюда естественно вытекала основная задача психотерапевтической помощи – развитие рефлексивной способности, лежащей в основе саморегуляции.

Согласно Л.С. Выготскому, зрелую личность отличает способность управлять своим аффектом: «Мышление может быть рабом страстей, их слугой, но может быть и их господином» (Выготский, 1984; С.225). Именно такова стратегическая цель когнитивной психотерапии: развить способность к овладению собственным мышлением, направляя его в более реалистичное конструктивное русло, а через это приобрести власть над эмоциями. Иными словами *основная цель когнитивной психотерапии – развитие альтернативного мышления и перестройка дисфункциональных убеждений – может быть переформулирована как развитие рефлексивной способности.*

Фактически когнитивная психотерапия на практике реализует один из центральных тезисов Л.С. Выготского о необходимости подчинения аффекта интеллекту в процессе нормального развития и становления зрелой личности. Однако одновременно для пациентов психотерапия становится и источником нового эмоционального опыта – чувства поддержки и понимания при предельном уважении к автономии – это тот дефицит, который терапевту необходимо восполнить у многих пациентов. Этот опыт также способствует изменению когнитивных схем, поэтому эти процессы – когнитивный и эмоциональный – неразрывно переплетены.

Идея опосредствования, которая особенно волновала Б.В. Зейгарник в последние годы ее жизни, связана с категорией смысла. *Опосредствование можно определить как произвольное смыслообразование, управление собственной смысловой сферой через ее осознание и перестройку.* Такая способность, согласно Б.В. Зейгарник, является основой пси-

хического здоровья, нарушения же опосредствования она связывала с разными формами психической патологии. Исследования рефлексивной регуляции мышления, проводимые группой московских психологов – Н.Г. Алексеевым (1975, 2002), В.К. Зарецким (1984), И.Н. Семеновым (1980) содержали важный понятийный аппарат и методические приемы для дальнейших исследований в этом направлении.

Экспериментальное исследование нарушений рефлексивной регуляции у больных шизофренией показало грубые нарушения конструктивной функции рефлексии – способности к изменению неверных первоначальных оснований мышления (Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зарецкий, Холмогорова, 1983). Выражаясь в терминологии А. Бека, речь шла о снижении способности к альтернативному мышлению, в основе которого лежит умение относиться к своим представлениям как к гипотезам и гибко изменять их в случае необходимости. *Понятия опосредствования, метакогнитивных процессов, альтернативного мышления и рефлексии отражали сходную психическую реальность.*

Вопрос об изучении рефлексии как механизма саморегуляции деятельности был поставлен Н.Г. Алексеевым при переходе от позиции исследователя к позиции практика, формирующего и изменяющего мышление, потому что рефлексия – это, прежде всего, механизм изменения. Этот переход был совершен им в начале 1960-х гг., когда он работал учителем математики в школе и сконцентрировался на обучении детей *сознательному целенаправленному овладению способами* решения определенных классов задач, как средствами организации математического мышления (Алексеев, 1975, 2002).

Рефлексию он определил как установление отношений между различными до этого изолированными содержаниями, а позднее, опираясь на работы немецкого философа И. Фихте, дал схему описания рефлексивного акта как последовательности внутренних действий (Алексеев, 2002), которую мы приводим ниже с дополнением В.К. Зарецкого (пункт 6), показавшего ведущую роль рефлексии при изменении оснований мышления в процессе решения творческих задач (Зарецкий, 1984). Параллельно со схемой рефлексивного акта приводится схема работы когнитивного терапевта или последовательность основных приемов работы с автоматическими мыслями.

Из табл. 1 видно, что последовательность внутренних действий, составляющих рефлексивный акт сознания и последовательность шагов

Таблица 1

Структура рефлексивного акта, по Н.Г. Алексееву, и схема работы когнитивного психотерапевта

Последовательность шагов в рефлексивном акте	***Последоввтельность привмов рвботы когнитивного психотерапевта***
1. Остановка	Что промелькнуло сейчас в Вашей голове?
2. Фиксация	Формулирование автоматических мыслей
3. Объективация	Оценка автоматических мыслей – работа с собственной мыслью как с объектом
4. Отчуждение	Формулировка альтернативного взгляда
5. Установление отношений	а) соотнесение с другими автоматическими мыслями и выявление убеждений, б) установление отношений между убеждениями и релевантным детским опытом, в) установление отношений между убеждениями и более широким жизненным контекстом (анализ последствий)
6. Изменение оснований мышления	Перестройка дисфункционвльных убеждений

в когнитивной психотерапии находятся в отношениях взаимного соответствия (Холмогорова, 2001). Таким образом, можно сделать вывод, что в *процессе когнитивной психотерапии происходит обучение рефлексии как последовательности внутренних действий.*

Процесс формирования рефлексивной способности в чем-то напоминает метод поэтапного формирования внутренних действий, разработанный выдающимся представителем отечественной психологии П.Я. Гальпериным (1959). Формирование рефлексивной способности происходит в процессе совместной деятельности с психотерапевтом при ведущей роли собственной активности пациента (система домашних заданий, направленных на самостоятельную постоянную отработку всех составляющих рефлексивного акта). *Основные шаги в работе когнитивного психотерапевта можно рассматривать как рефлексивный акт, вынесенный в межличностное диалогическое пространство.* В ходе работы с пациентом такие рефлексивные акты неизменно повторяются, что, в конце концов, приводит к интериоризации рефлексивного акта, первоначально осуществляемого совместно двумя людьми. В этом процессе у человека развивается способность самому рефлексировать и изменять собственное мышление, *т.е. изменяются не только дисфункциональные убеждения или смыслы, но и сама организация мышления – в терминологии Б.В. Зейгарник оно становится более опосредствованным.*

Соединение разработок когнитивной психотерапии с достижениями отечественной психологии мышления позволяет по-новому взглянуть на основную цель психотерапии, в том числе расстройств аффективного спектра. Она может быть представлена как *развитие произвольного смыслообразования или формирование рефлексивной способности в виде системы внутренних действий – составляющих рефлексивного акта или внутренних средств саморегуляции когнитивных процессов и эмоциональных состояний.* Интегративная модель психотерапии, основанная на этих представлениях, может быть названа ***когнитивно-рефлексивной.***

Таким образом, идеи Л.С. Выготского и разработки российской психологии мышления позволяют по-новому осмыслить процесс работы психотерапевта: на основе деятельностного подхода к психике (понимания психической активности как системы действий) и культурно-исторического (понимания высших психических функций как производных на основе механизма интериоризации от совместной внешней деятельности с другим человеком – носителем культурных средств и способов действия).

Для обоснования правомерности такого вывода сошлемся на мнение западного эксперта в области этой концепции Дж. Вертча, высказанное в его статье 1979 г., повторно опубликованной в юбилейном номере журнала «Human development»: «Возникновение способности к саморегуляции в онтогенезе – центральная тема работ Выготского и его последователей. ... его идеи о саморегуляции могут быть правильно поняты только если мы проводим генетический анализ, восходящий к истокам саморегуляции» (Wertsch, 2008; P.66). И далее: «... исследователи уделяли очень мало внимания его идее о переходе интерпсихического функционирования в интрапсихическое» (там же; P.67).

2.4. Экзистенциально-гуманистическая традиция – фокусировка на чувствах и внутреннем опыте

В данной традиции *рассматривались в основном общие механизмы психической патологии без выделения специфики отдельных ее форм, в частности, депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств.* Лишь в последнее время предпринимаются попытки разработки теоретических моделей, специфических для различных расстройств, которые имеют много общего с современными психоаналитическими моделями. Среди многочисленных представителей экзистенциально-гуманистической традиции

наибольший вклад в разработку проблемы психической патологии внесли Л. Бинсвангер, В. Франкл, К. Роджерс.

Вслед за экзистенциальными философами С. Кьеркегором и М. Хайдеггером Л. Бинсвангер считал, что человек обречен на тревогу, также как он обречен на свободу. Тревога – это неизбежное состояние человека, сталкивающегося со своей свободой – свободой выборов и возможностей. Однако каждый выбор означает отказ от каких-то других возможностей. Понятия *становления и исполненности* – центральные понятия экзистенциальной психологии. Они связаны с полнотой осуществления возможностей человека, однако неизбежный отказ от части своих возможностей составляет трагедию любой человеческой жизни и порождает тревогу. Умение отказываться, неустанно стараясь при этом воплотить максимум возможностей – признаки человеческой зрелости. Им сопутствует здоровая и неизбежная экзистенциальная тревога. Ее полезная функция заключается не в предвосхищении обычных ситуативных опасностей, а в предвосхищении самой страшной опасности – опасности не быть, не воплотить свою экзистенцию. Становление человека – сложный проект, и немногим удается его выполнить. «Отказ от становления сравним с запиранием себя в душной темной комнате. Это истощает людей посредством фобий, иллюзий и других невротических и психотических механизмов. Люди отказываются расти» (Тихонравов, 1998; С.30). Утрата временной перспективы, трансценденции за пределы своего актуального существования ведет к неподлинности существования, и неизбежно связанной с этим тревоге и депрессии. Другим источником тревоги и депрессии Л. Бинсвангер считал нереалистичные абсолютистские идеалы больных неврозами, несоответствующие данностям их существования, их экзистенциальной заброшенности в этот мир. Навязчивая потребность в воплощении этих идеалов уводит человека от его собственного *Dasein* – его уникального бытия в-мире.

Известная работа другого представителя гуманистической психологии Р. Мэя «Психологический смысл тревоги» (2001) во многом смыкается с моделью тревоги в социальном психоанализе – *источник тревоги усматривается в культуре, в обществе, т.е. в макросоциальных факторах.* В своих исследованиях он обнаружил, что большинство современных людей жалуется на тревогу, связанную с социальным соревнованием. Вслед за К. Хорни он подчеркнул значение успеха в этом соревновании, являющимся доминирующей ценностью нашей культуры и одновременно наиболее распространенным поводом для тревоги.

Поскольку стремление к успеху нельзя объяснить биологическими причинами, оно отражает культуральные ценности, соединяющие в себе индивидуализм и дух соревнования. Эти ценности наполняют современного человека тревогой и мешают его подлинному самоосуществлению. Другим источником тревоги в современной культуре по мнению Р. Мэя является ее противоречивость, сложность и маргинальность – одновременное сосуществование разных наборов норм, правил и ценностей, которые мало совместимы друг с другом.

В. Франкл указывал на роль экзистенциального вакуума – духовной пустоты – для возникновении различных форм психической патологии и девиантного поведения. Он считал поиск смысла и ценностей фундаментальной потребностью человека, наличие тяжелого душевного состояния при их утрате является хорошим прогностическим признаком. В. Франкл вводит понятие *ноогенного невроза – душевного неблагополучия вследствие утраты смысла, специфичного для современной западной культуры* (Франкл, 2005).

Последователь В. Франкла австрийский психиатр и психотерапевт А. Лэнгле связывает возникновение депрессии с блокадой мотивации, делающей недоступными переживание ценности жизни и процесс нормальной и неизбежной грусти, оплакивание прошлого и печальных обстоятельств жизни в настоящем. «Размах крыльев жизни отмечен обоими полюсами – как радости, так и страдания» (Лэнгле, 2010; С.34), стремление защититься от страданий может приводить к утрате связи с жизнью и доступности радостных минут. Он также предложил классификацию депрессий, основанную на экзистенциальном подходе: защитная реакция на депривацию и утраты (дефицит ценностей); психогенная блокада чувств в ответ на разрывы и отвержение; эндогенный дефицит витальности (не обязательно генетически обусловленный), связанный с установкой на самоограничение и экономию энергии (там же).

В качестве главного механизма возникновения психической патологии К. Роджерс рассматривал несоответствие между Я-концепцией и опытом (Роджерс, 1997). Психически здоровый человек обладает такой Я-концепцией, которая позволяет ему ассимилировать все богатство телесного и смыслового опыта и перерабатывать этот опыт в символизированную форму (подвергать осознанию и вербализации). Если человек чувствует себя в безопасности, он способен воспринимать также неконгруэнтный опыт и таким образом менять и развивать свою Я-концепцию. Однако чем более интенсивным был негативный опыт, тем

ригиднее становится Я-концепция. Фактически речь идет об «окостенение» Я-концепции в качестве защитного механизма, который позволяет сохранить чувство собственной целостности в условиях психотравмы. При этом используются еще два защитных механизма – *искажение* (изменение восприятия в соответствии с Я-концепцией) и *отрицание* (полное игнорирование нового опыта).

Человек с ригидной Я-концепцией закрыт для нового опыта на уровне его символизированной переработки. Однако, на уровне чувств этот опыт сохраняется, но в непереработанном виде – не символизированным и не интегрированным в Я-концепцию. При этом поведение человека регулируется как этими неосознанными чувствами, так и Я-концепцией, что в силу их противоречивости ведет к внутреннему рассогласованию и сильному росту тревоги.

Неконгруэнтность Я-концепции и опыта возникает обычно в раннем детстве в процессе развития чувства самоуважения. Если позитивное принятие и тепло со стороны родителей оказывается недостаточным для устойчивого самоуважения, то ранний организмический опыт не символизируется и не интегрируется, а Я-концепция складывается из оценок других людей, и у человека возникает очень сильная зависимость от этих оценок и неустойчивое чувство своей ценности. *Критическое, лишенное тепла и эмпатии поведение родителей К. Роджерс рассматривает в качестве важнейшего фактора эмоциональных нарушений у детей и взрослых.*

Так, современные представители гуманистического направления рассматривают *тревожные расстройства как один из вариантов ломки защит с последующей дезинтеграцией.* Действительно, панические атаки сопровождаются чувством утраты контроля, непредсказуемости и непонятности, чуждости переживаемого опыта. В качестве основного конфликта, провоцирующего тревожные расстройства, постулируется конфликт между потребностью в автономии и потребностью в зависимости (Speirer, 1994, Teusch, Finke, 1995): «Потребность в защищенности и безопасности вступает в противоречие с потребностью в независимости и сепарации. Эта амбивалентность, обусловленная одновременным наличием потребности в зависимости и потребности в независимости, составляет основу возникновения панических атак и агорафобии. Характерные пусковые ситуации – различные внутренние и межличностные трудности или конфликты, причем, чаще всего речь идет о реальной или фантазийной угрозе сепарации» (Teusch, Finke, 1995; S.89). Г. Свильденс вводит понятия *первичной и вторичной не-*

конгруэнтности (Swildens, 1997). Первичная связана с ранними нарушениями и ведет к плохо интегрированной и ригидной «Я-концепции», *вторичная* – является следствием столкновения этой плохо развитой «Я-концепции» с противоречащим ей конфликтным опытом. Именно вторичная неконгруэнтность, согласно Г. Свильденсу, приводит к тревожным расстройствам.

Первичная неконгруэнтность и неспособность к символизации и интеграции опыта представляет собой психологический диатез, предрасположенность к психическим расстройствам в виде дисфункциональной Я-концепции – ригидной и не доступной новому опыту. Личностная незрелость выражается в трудностях автономного функционирования, в фактическом отсутствии собственной жизни. Самообман, крайняя степень неконгруэнтности манифестирует в виде приступов тревоги.

Таким образом, *основной механизм неврозов, к которым относятся тревожные и депрессивные состояния – это неспособность к фокусировке на своем внутреннем, прежде всего эмоциональном опыте, трудности его осознания и выражения в вербальной форме, дефицит осмысленности жизни и переживания ее ценности.* Адекватная переработка опыта, т.е. переработка без искажений или с минимальными искажениями, возможна только у людей с позитивной Я-концепцией, которая, в свою очередь, обеспечивается особыми отношением с близкими взрослыми в детстве. К. Роджерс называл их отношениями *безусловного принятия* (т.е. любовь, не связанная с какими-либо условиями: хорошее поведение, наличие определенных талантов и т.д.), высокий уровень критики и отвержения со стороны родителей приводят к негативному образу Я и различным эмоциональным нарушениям. Современные представители экзистенциально-гуманистического подхода стремятся к разработке специфических моделей расстройств аффективного спектра. Эффективность рассмотренных подходов к психотерапии расстройств аффективного спектра требует дальнейшего эмпирического обоснования.

2.5. Подходы, сфокусированные на семье и интерперсональных отношениях

Индивидуальная психология А. Адлера

А. Адлер постулировал *врожденную потребность в единении и общности с другими людьми*, рассматривая ее как «имманентную логику совместной человеческой жизни» (Адлер, 1995; С.18). В его концеп-

ции потребность в другом человеке, стремление к людям является исходной точкой развития. Это представление имело определяющее влияние на все остальные школы психоанализа (как в рамках неофрейдизма, так и в рамках постклассического психоанализа), оно принципиально изменяло взгляд на детерминанты развития, сделало его более сложным и объемным, не сводимым к биологическим факторам и процессам энергетического обмена.

Вместо модели бессознательного конфликта между либидонозными инстинктами и культурными запретами А. Адлер предложил новую модель движущих сил, определяющих развитие, выдвинув в центр представление о конфликте между чувством неполноценности и потребностью во власти и самоутверждении. Представление о патологии как неудачном решении этого конфликта он обозначил термином «гиперкомпенсация» – стратегия преодоления чувства неполноценности, которая отличается ригидностью и экстремальной выраженностью. Ложная цель личного превосходства начинает определять всю человеческую жизнь, заставляет человека тратить всю энергию на поиски внимания и признания, делает его неспособным к кооперации, к близким отношениям с другими людьми. Основными факторами невротической гиперкомпенсации А. Адлер считал наличие у ребенка физического недостатка и неудачное воспитание, способствующее фиксации и углублению чувства неполноценности и выбору неадекватных стратегий его компенсации (уход в болезнь, полная концентрация на теме личных достижений и т.д.). К неудачным стратегиям воспитания относится как чрезмерное доминирование родителей и унижение ребенка, так и излишнее потакание и гиперпротекция. В результате в обоих случаях возникает представление о себе как слабом и не способном к самостоятельному решению жизненных задач. Гиперкомпенсация может также приводить к ощущению своего превосходства над людьми, тогда поддержание этого чувства становится главной жизненной задачей, не давая развиваться чувству общности и социальному интересу.

В формировании неврозов А. Адлер придавал большое значение недоверию к окружающим. Согласно его концепции вместо чувства общности с другими у людей, у страдающих неврозами, доминирует чувство опасности окружающих, их жизнь он уподобляет существованию в осажденном лагере. В качестве главных мишеней психотерапии А. Адлер выделил три: 1) работа с неадекватными представления-

ми о себе и о других; 2) осознание ложных целей и отказ от них через анализ их негативных последствий для жизни; 3) формирование новых жизненных целей, позволяющих реализовать творческий потенциал, заложенный в каждом человеке и обрести любовь, дружбу и свое Дело. Фактически речь идет о работе с системой убеждений человека, поэтому А. Адлера можно считать одним из предтечей когнитивно-ориентированной терапии.

Социальный психоанализ

У Г. Салливена, также как и у А. Адлера, не было специальных разработок относительно механизмов депрессивных, тревожных расстройств и соматизации. Однако его концепция базовой тревоги, как основы всех форм психической патологии и ее тесной связи с ранним негативным опытом интерперсональных отношений, сыграла важную роль в становлении интерперсональной психотерапии Г. Клермана, являющейся одним из наиболее признанных и эффективных современных методов лечения депрессивных расстройств.

К. Хорни была одной из первых среди психоаналитиков и психотерапевтов вообще, переключивших свое внимание с ранних детских переживаний, как основных источников психических нарушений, на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются. Она выделила *культуральные или макросоциальные факторы расстройств аффективного спектра.* Одним из важнейших ее достижений и шагом вперед по сравнению с классическим анализом была критика биологических основ теории неврозов З. Фрейда, основанной на представлениях о врожденных стремлениях и видах сексуальной энергии, которые, подвергаясь вытеснению в процессе развития, становятся источником невротических симптомов. «Делая такие утверждения, З. Фрейд поддается искушению своего времени: делать обобщения относительно человеческой природы для всего человечества, хотя его обобщения вытекают из наблюдения, сделанного в сфере лишь одной культуры» (Хорни, 1993; С.14). При этом роль культуры рассматривалась им исключительно как репрессивная, но никак не определяющая содержание невроза, его центральный конфликт.

Социо-культурная теория неврозов К. Хорни позволяет пролить свет на связь неврозов с изменением культурных тенденций, на вклад патогенных ценностей и установок культуры в формирование «невротической личности нашего времени»: «Когда мы сосредоточиваем внимание на сложившихся к данному моменту проблемах невротика, мы сознаем

при этом, что неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем. В действительности культурные условия не только придают вес и окраску индивидуальным переживаниям, но и, в конечном счете, определяют их особую форму. Когда мы осознаем громадную важность влияния культурных условий на неврозы, то биологические и физиологические, которые рассматриваются Фрейдом, как лежащие в их основе, отходят на задний план» (там же; С. 14).

К. Хорни детально разработала культуральную модель неврозов и предложила классификацию невротических потребностей и конфликтов, формирующихся в результате определенных культуральных и семейных влияний. По ее мнению, современная Западная культура, ориентированная, с одной стороны, на личные достижения, а с другой – на христианские ценности любви к ближнему, закладывает особый конфликт невротической личности нашего времени. Запрет на агрессию в общении и ее необходимость в конкурентной борьбе ведут к росту тревоги и скрытой враждебности у современного человека (Хорни, 1997, Т.3). Отягощенную форму конфликта она связывала с ранними переживаниями отвержения, неприятия, гиперпротекции и других вариантов неудачных отношений с родителями.

Теория привязанности Дж. Боулби

В конце Второй мировой войны Дж. Боулби возглавил детское отделение Тавистокской клиники в Лондоне, где были проведены первые исследования поведения детей, разлученных с матерью, с привлечением контрольных групп того же возраста и применением статистических методов обработки данных. Затем последовала целая серия таких экспериментов в разных странах. Все они приходили к сходным результатам о негативном влиянии ранней разлуки с матерью на эмоциональное поведение ребенка и качество его контактов с другими людьми. В этих условиях оформлялась теория привязанности – учение о роли характера отношений между ребенком и близкими взрослыми для психического здоровья. Согласно ее центральному положению потребность в привязанности является базовой, врожденной потребностью человека и ее фрустрация неизбежно приводит к эмоциональной патологии.

В результате длительной работы и проведения большого количества эмпирических исследований, Дж. Боулби и другой создатель теории привязанности М. Эйнсворт дали детальный ответ на вопрос о том,

какое именно поведение близких взрослых обеспечивает нормальное развитие привязанности, и как возникает так называемая *надежная привязанность – основа психического здоровья.*

Дж. Боулби выделял *два вида памяти – глубинную и семантическую.* Первая довербальна и сохраняет опыт в виде некой матрицы, первичной рабочей модели, отражающей определенные представления о мире. Вторая возникает вместе с развитием речи и сохраняет опыт в вербальной форме. Глубинная память сохраняет образы и образцы поведения с близкими людьми, которые служат основой в ситуациях взаимодействия с другими людьми. Представление о рабочей модели позволяло объяснить наличие различных интерперсональных трудностей и дисфункций в более позднем возрасте, а также стало основой для объяснения эмоциональных нарушений (тревоги, депрессии, повышенной агрессивности) у детей и взрослых.

М. Эйнсворт было выделено *три типа привязанности: 1) надежная; 2) избегающая; 3) амбивалентная.* Надежная привязанность связана с таким поведением матери, которое обеспечивает чувство безопасности ребенку. Избегающая и амбивалентная привязанность связаны с эмоционально нестабильным поведением матери, не дающим чувство базовой безопасности ребенку. *Представители теории привязанности приложили много усилий, чтобы экспериментально показать, что два последних типа привязанности, получившие общее название «ненадежная привязанность», связаны с большим риском возникновения эмоциональных нарушений у детей и взрослых и менее конструктивными отношениями с другими людьми.*

Два тома своего знаменитого трехтомника, в котором изложены основы его теории, Дж. Боулби посвятил эмоциональной патологии – тревожным и депрессивным расстройствам. *Нарушения взаимодействия с матерью, ранние потери и раннюю сепарацию Дж. Боулби напрямую связывал с аффективной психической патологией – депрессивными и тревожными расстройствами у детей и взрослых* (Bowlby, 1973, 1980).

При описании механизмов депрессии в качестве центрального выступает понятие *утраты*, именно с этим травматическим опытом Дж. Боулби связывал предрасположенность к депрессивным реакциям. На дискуссионный в то время вопрос о том, бывает ли депрессия у детей, он дает однозначный положительный ответ. Склонность к депрессиям во взрослом возрасте он связывал с травматическим опытом утраты в детстве.

Отталкиваясь от разработок З. Фрейда, а также собственных наблюдений и исследований этологов Дж. Боулби разработал собственную концепцию этиологии тревожных расстройств. Он указал, что в конце жизни З. Фрейд тоже пришел к выводу, что в основе патологической тревоги может лежать страх утраты объекта. Однако причины возникновения этого страха в психодинамической традиции оставались до конца не понятыми.

В теории Дж. Боулби в качестве такой причины указывается сформировавшаяся в детстве ненадежная привязанность, как результат холодного, отвергающего поведения матери, неспособной чутко и с любовью реагировать на потребности ребенка. С позиции теории привязанности Дж. Боулби анализировал различные типы расстройств у детей – школьная фобия, фобия различных животных, агорофобия (Bowlby, 1973). Он указал на многочисленные дисфункции в их семьях и привел результаты первых эмпирических исследований, направленных на их классификацию (Bowlby, 1973, 1980).

Системно-ориентированная семейная психотерапия

В своей профессиональной деятельности Дж. Боулби сочетал исследовательскую работу и психотерапевтическую практику. В процессе своей исследовательской и психотерапевтической практики, он пришел к заключению, что устранить психические и поведенческие нарушения у ребенка, как правило, невозможно, не меняя поведение его матери и ближайшего окружения. Ему принадлежат первые попытки работы с реальной семьей и первые публикации на эту тему. Он приветствовал появление семейной психотерапии как нового направления психотерапии в США и очень четко сформулировал суть системного подхода к работе с семьей: «В последние годы в детской психиатрии самым значительным событием стало растущее признание того, что в своей практической работе врачи призваны решать проблемы, которые чаще всего связаны не с отдельными людьми, а возникают в результате устойчивых паттернов взаимодействия, сложившихся между двумя, а чаще между несколькими членами семьи. Диагностика требует умения оценивать эти паттерны взаимодействия и те из особенностей, присущие каждому члену семьи, которые способствуют их сохранению; терапия опирается на методы, позволяющие более или менее одновременно вызывать устойчивые изменения у всех членов семьи, чтобы мог возникнуть и стал устойчивым новый паттерн их взаимодействия» (Боулби, 2004; С.389).

Системно-ориентированная психотерапия зародилась в 1950-е гг. в США под влиянием общей теории систем Л. фон Берталанфи и бурно

развивающейся практики групповой психотерапии. Семья стала рассматриваться как система, а психическое благополучие ее отдельных членов как функция этой системы. В дисфункциях семейной системы усматривались основные факторы психической патологии отдельных ее членов, поэтому основанная цель психотерапии заключалась в изменении функционирования всей семейной системы в целом.

В рамках системно-ориентированной семейной психотерапии были выделены различные дисфункции семейной системы, оказывающие негативное влияние на психическое здоровье и неспецифические для отдельных расстройств. В разных школах системно-ориентированной семейной психотерапии были описаны разные типы дисфункций семейной системы: *структурные* – в структурной психотерапии С. Минухина (Минухин, Фишман, 1998); *коммуникативные* – в исследованиях психической патологии, проведенных группой из Пало-Альто, во главе с Г. Бейтсоном (Бейтсон с соавт., 1993), а также Миланской школой во главе с М. Палаццоли (Палаццоли с соавт., 2002); *накопление дисфункций и стрессовых событий в разных поколениях* семейной системы (Боуэн, 2005); *дисфункциональные когнитивные семейные схемы* – убеждения, представления и правила в когнитивно-ориентированной семейной психотерапии, получившей наиболее последовательную разработку в трудах Н. Эпштайна (Epstein et al., 1988). В соответствии с акцентами на разных факторах разные школы системно-ориентированной семейной психотерапии выделяли разные мишени психотерапевтической работы с семьей (Эйдемиллер, Юстицкис, 2000).

Систематизация представлений о разных семейных факторах психической патологии в виде четырех-аспектной модели семейной системы будет представлена отдельно (см. Гл. 3.5).

Теория отношений В.Н. Мясищева

Представление о личности как системе отношений с миром определяет взгляд основателя ленинградской школы клинической психологии В.Н. Мясищева на психическое здоровье (1960). Зрелость этой системы, ее способность к адаптации определяется основными характеристиками отношений: 1) насколько эти отношения целостны, т.е. интегрированы, лишены выраженных конфликтов и противоречий; 2) насколько активна позиция человека в этих отношениях; 3) насколько они осознаны, т.е. насколько сознательную позицию занимает в них человек; 4) наконец, степенью избирательности, эмоциональной окрашенности этих отношений, которая определяется их значимостью и заинтересованностью в них.

Основным достижением В.Н. Мясищева является создание патогенетической концепции неврозов, где в рамках биопсихосоциального подхода главная роль отводится психологическим факторам. Центральным механизмом возникновения психической патологии согласно В.Н. Мясищеву являются конфликты и противоречия в системе отношений личности с окружающей действительностью, при этом особый акцент он делает на интерперсональных отношениях. Так, перечисляя психологические механизмы возникновения неврозов, он вместе с М.С. Лебединским подчеркивал, что «наиболее значимыми и частыми являются отрицательные эмоции, связанные с нарушенными взаимоотношениями людей» (Лебединский, Мясищев, 1966; С.10). Невротические расстройства, которые являются основным предметом анализа в рассматриваемой концепции, возникают только в том случае, когда затрагиваются наиболее эмоционально значимые отношения личности.

В.Н. Мясищев анализировал те конкретные условия воспитания, в которых формируются разные типы невротического развития и сопровождающие их типичные конфликты. Постоянное обращение к категории раннего опыта, к категории конфликта сближает данный подход с психодинамической традицией, особенно с социальным психоанализом, в частности, подходом К. Хорни. Ленинградскую школу отличает акцент на значимости интерперсональных, и особенно семейных отношений, как факторов психической патологии (Воловик, 1980). Дальнейшее развитие теории отношений привело к разработке личностно-реконструктивной психотерапии Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова, где в центре оказывается перестройка межличностных отношений и отношения к себе, ценностная переориентация больного на основе осмысления собственной жизни и системы своих отношений с людьми (Исурина, 1984; Исурина с соавт., 1994; Карвасарский, 2000; Карвасарский с соавт., 2000; Ташлыков, 1986). Данный подход органично сочетает работу с актуальными и прошлыми проблемами, он направлен на развитие механизмов осознания и саморегуляции, что сближает его с рассмотренными выше разработками московской психологической школы о роли опосредствования и рефлексии в психическом здоровье.

Интерперсональная психотерапия Г. Клермана

Эту модель психотерапии можно охарактеризовать как интегративный подход, соединяющий интерперсональную теорию психической патологии Г. Салливена и разработку когнитивно-бихевиорального

подхода (Klerman et al., 1997). Данный подход был разработан специально для лечения расстройств аффективного спектра, в первую очередь депрессий. Основное внимание Г. Клерман уделяет работе с актуальными нарушенными отношениями пациентов и тренингу социальных навыков.

Таким образом, согласно представителям подходов, сфокусированных на интерперсональных отношениях, в качестве важных факторов психических расстройств, в том числе расстройств аффективного спектра, выступают *семейные факторы:* негативный травматический опыт отношений с близкими взрослыми в детстве и различные дисфункции семейной системы (структурные, коммуникативные, накопление стрессогенных событий в семейной истории, дезадаптивные семейные правила и нормы). Как указывают представители этих подходов важным негативным последствием опыта проживания в таких семьях является нарушение способности строить конструктивные отношения с другими людьми во взрослом возрасте. Различные *дисфункции интерперсональных отношений,* в свою очередь, выступают в качестве важных негативных факторов эмоциональных нарушений и расстройств.

Среди перечисленных концепций специфические для расстройств аффективного спектра модели возникновения и модели помощи содержатся в теории привязанности Д. Боулби и интерперсональной терапии Г. Клермана. Системно ориентированная семейная психотерапия в большей степени направлена на диагностику и выявление семейных дисфункций общих для разных видов психической патологии.

Эмпирически доказана высокая *эффективность в лечении депрессивных расстройств интерперсональной психотерапии Г. Клермана, сфокусированной преимущественно на актуальных интерперсональных трудностях и конфликтах,* однако по своему превентивному эффекту она уступает когнитивно-бихевиоральной терапии (Wahl, 1994).

2.6. Общие тенденции развития: от механистических моделей к системным, от оппозиции к интеграции, от воздействия к сотрудничеству

От «секса и рефлекса» – к рефлексии

Важный эпицентр поиска исследователей и практиков в области психотерапии – это механизмы нормального психического развития и их нарушения при разных формах психической патологии. Анализ этой проблемы в историческом аспекте показывает, что представления об

упомянутых механизмах постоянно развивались в разных школах и традициях. Эти изменения были обусловлены как внутренней логикой развития отдельных школ, в частности, разными формами патологии, на которых они преимущественно акцентировали свое внимание, так и более широким контекстом культуры и общества. Обилие истерических расстройств с яркими соматическими симптомами во времена З. Фрейда несомненно повлияло на преимущественное акцентирование механизмов психосексуального развития в теоретических моделях и проработку связанных с ними прошлых травм и конфликтов в процессе лечения. Позднее на фоне изучения различных видов патологии характера или личностных расстройств на первый план в рамках психодинамической традиции выходят ранние интерперсональные отношения как главные условия формирования репрезентаций социальных объектов – устойчивых когнитивных структур, обеспечивающих баланс способностей к автономии и близости с другими людьми – новый критерий личностной зрелости и психического здоровья.

В когнитивно-бихевиоральной традиции также был совершен революционный поворот в системе представлений о движущих силах развития и механизмах патологии: от механизмов научения в виде павловских условных рефлексов и оперантного обусловливания, по Б. Скиннеру, к механизмам переработки информации и, наконец, к увязыванию дисфункций этих механизмов с дисфункциями системы убеждений – когнитивных структур, сложившихся в раннем опыте интерперсональных отношений.

Таким образом, начав с определяющей роли «секса и рефлекса» исследователи из разных школ приходят к важности когнитивных структур и интерперсональных отношений в развитии психики и психическом здоровье.

Как продолжение этой линии поиска на современном этапе, судя по всему, эпицентром внимания специалистов в области психического здоровья, независимо от их «школьной» принадлежности становится человеческая способность, которую разные исследователи описывают с помощью ряда понятий, отражающих ее во многом сходные аспекты и стороны: эмоциональный интеллект, социальный интеллект, способность к психологизации (*psychological mindedness*), ментализации (*mentalization*), выработке моделей психических состояний (*theory of mind*). Не все эти понятия хорошо известны российским специалистам, хотя появляются, работы в которых они освещаются (Дубяга, Мещеряков, 2010; Загвоздкин, 2008), не для всех пока найдены удачные экви-

валенты на русском языке. Тем не менее научный поиск в направлении вычленения, описания и изучения самой этой способности шел параллельно с зарубежным и его результатом стали оригинальные разработки, которые нам хотелось бы упомянуть в данном контексте.

Стержневым, общим содержанием перечисленных выше понятий является человеческая способность к построению, осмыслению и корректировке внутренних репрезентаций психических состояний, причем как собственных, так и другого человека. Коротко раскроем содержание каждого из понятий.

Способность к психологизации (psychological mindedness) – понятие возникло в рамках психодинамической традиции и относится к общей способности наблюдать и описывать свою внутреннюю психическую жизнь, увязывать внешние и внутренние события.

Социальные когниции или социальный интеллект – система навыков, которые люди развивают и используют для того, чтобы понимать других людей и эффективно взаимодействовать с ними Его также определяют как способность строить репрезентации об отношениях между собой и другими людьми и гибко их использовать как основу для поведения с другими людьми, включая в них восприятие, интерпретацию и порождение ответных реакций на эмоции и поведенческие акты других людей.

Эмоциональный интеллект – способность к распознаванию эмоций, пониманию эмоций у себя и других и управлению ими.

Theory of mind – модель или представление о психическом состоянии, также часто употребляют как синонимы понятия *mental state attribution* – атрибуция психического состояния или *mentalizing* (ментализация) – способность строить гипотезы относительно намерений, представлений и установок других людей.

Показательным в плане влиятельности описанной тенденции был проходивший в 2010 г. XX конгресс Интернациональной федерации психотерапии (*IFP*) – первого в мировой истории и наиболее влиятельного объединения психотерапевтов разных направлений (Холмогорова, Зарецкий, 2010). Нарушению психической способности, которая нашла свое отражение в системе выше рассмотренных понятий, а также ее развитию в качестве базовой задачи психотерапии при разных формах психической патологии были посвящены многие доклады, симпозиумы и воркшопы этого конгресса. Блестящая пленарная лекция Дж. Холмса (Королевский колледж, Великобритания) – одного из наиболее крупных современных исследователей и практиков в области психотерапии – была полностью посвящена размышле-

ниям об истоках формирования и механизмах блокирования способности к ментализации.

Новый метод психотерапии, который разрабатывается группой британских исследователей (А. Бейтман, Дж. Холмс, П. Фонаги) для лечения пограничного психического расстройства получил соответствующее название «Mentalization-based treatment» – лечение, основанное на развитии способности к ментализации или «рефлексирующего Я» пациентов (Fonagy et al., 1991). Авторы этих разработок, будучи психоаналитиками, подчеркивают интегративный характер своего метода, обобщение в его рамках достижений и идей различных школ и подходов. В самом деле, при его осуществлении в центре усилий специалистов оказывается не характерный для психодинамического подхода исторический анализ проблем и конфликтов пациента, а традиционные мишени когнитивно-бихевиорального подхода, т.е. планомерное развитие определенных когнитивных и поведенческих навыков – самонаблюдения, соотнесения своего эмоционального состояния и внешних стимулов, умение взглянуть на ситуацию глазами Другого и описать его внутреннее состояние и т.п.

В рамках XX конгресса *IFP,* на симпозиуме, посвященном психотерапии хронических депрессий, под руководством известного эксперта в области исследований психотерапии Ф. Каспара обсуждался еще один получивший распространение интегративный подход, примыкающий к когнитивно-бихевиоральной традиции – *Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Опираясь на теорию развития Ж. Пиаже, основатель этого подхода Дж. Мак-Каллоу (McCullough, 2005) уподобляет людей, страдающих хронической депрессией, детям в экспериментах Ж. Пиаже, у которых еще не сложились зрелые механизмы мышления, позволяющие им выходить за пределы непосредственно наблюдаемого опыта. Согласно данной концепции неблагоприятное окружение и травматизация в раннем возрасте ведут к недоразвитию определенных способностей, которые позволяют строить конструктивные отношения с другими, соответственно, работа направлена на развитие навыков, лежащих в основе социального и эмоционального интеллекта, и сопровождается проработкой опыта ранней травматизации и связанных с ней негативных переносов.

Наконец, на основании анализа литературы, отметим, что так называемые социальные когниции и непосредственно связанная с ними способность к ментализации стали едва ли не главным предметом интере-

са исследователей и психотерапевтов, работающих с больными шизофренией (Roder, Medalia, 2010).

Возникает вопрос, почему именно эта способность стала эпицентром поиска и разработок современных исследователей? Помимо несомненного влияния бурного развития нейронаук, сконцентрировавших свое внимание на связи социальных когниций с процессами в центральной нервной системе, не кроется ли одна из причин в том, что в современном сложном мире образ жизни людей, а также многие ценности и установки, поддерживаемые современной культурой, блокируют ее формирование, в то время как эта способность является важнейшим условием адаптации и успешного развития в быстро меняющейся, сопряженной с большим количеством контактов и выборов социальной ситуации развития современного человека?

На наш взгляд, сущность психической реальности, стоящей за понятиями «ментализация», «theory of mind» и т.п. наиболее адекватно и конструктивно описывается с помощью понятия ***рефлексия***, которое оказалось в центре интересов ряда российских психологов еще в 1970–80-х гг. (Н.Г. Алексеев, Н.И. Гуткина, А.З. Зак, В.К. Зарецкий, В.В. Рубцов, И.Н. Семенов, В.И. Слободчиков, А.Б. Холмогорова и другие). Как нам представляется их разработки были выполнены в русле описанного выше генерального направления современных исследований наших западных коллег и могут быть полезными для дальнейшего углубления в эпицентр современной психологической мысли об основах психического здоровья.

За относительно короткий период (15–20 лет) понятие рефлексия проделало сложный путь от общих указаний на важность ее изучения (С.Л. Рубинштейн), до теоретико-экспериментального изучения рефлексии как аспекта мышления (Н.Г. Алексеев, И.Н. Семенов, В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова) и стало концептуальным основанием для разработки разнообразных рефлексивных практик (Алексеев, 2002; Зарецкий, 2007, Холмогорова, 2006 и др.).

Как уже отмечалось (см. Гл. 2.3) российский психолог и методолог Н.Г. Алексеев впервые начал работать с понятием «рефлексия» в практике обучения для описания и формирования процесса освоения осознанных способов решения математических задач (Алексеев, 2002). Вместе со своими учениками и последователями он направил свои усилия на то, чтобы выявить психологический смысл этого понятия, в то время употреблявшегося почти исключительно философами и методоло-

гами (В.А. Лефевр, Г.П. Щедровицкий, Э.Г. Юдин и другие). Приведем слова, сказанные им на первом спецкурсе по рефлексии на факультете психологии МГУ в 1979 г.: «Сейчас психологи относятся к понятию "рефлексия" настороженно, как к чему-то чужеродному, а лет через двадцать психология уже не сможет без него обходиться, а слово "рефлексия" можно будет услышать где угодно» (записано В.К. Зарецким).

Это предвидение полностью оправдалось: понятие «рефлексия» стало весьма популярным в российской и все чаще встречается в Западной научной психологии, прежде всего когнитивно ориентированной. В литературе по когнитивной психологии и психотерапии оно встречается, как правило, в качестве синонима понятия «метакогнитивные процессы», т.е. отражает способность человека осознавать и анализировать процесс собственного мышления, а обсуждаемая нами способность к ментализации или моделированию психического состояния другого человека некоторыми авторами обозначается как *reflexive awareness* (рефлексивное осознание) (Bruene, 2005).

Общие черты моделей психической патологии в основных традициях современной психологии и психотерапии

Теоретический анализ позволяет выделить наиболее важные общие тенденции в развитии различных моделей расстройств аффективного спектра и методов их психотерапии. Три основные традиции западной психологии – психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная и экзистенциально-гуманистическая – развивались на протяжении столетия в оппозиции друг к другу, но при этом не могли избежать и влияния друг на друга. Поэтому современные наиболее разработанные концепции психической патологии в рамках этих традиций несравненно ближе между собой, чем классические бихевиоризм, психоанализ и экзистенциальная психология. Речь идет, прежде всего, о теории объектных отношений, когнитивной психотерапии А. Бека и клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса.

Их сближение обусловлено и влиянием общей методологии современной науки: все три упомянутые концепции имеют черты системного подхода, в той или иной степени опираются на принципы детерминизма и развития (Холмогорова, 2010 б). Так, важным методологическим основанием сближения этих концепций является представление о человеке как создающем психические конструкции окружающей реальности, неважно, какие понятия при этом используются – *объектные репрезентации, когнитивные схемы или символизация опыта.*

В теории объектных отношений развитие рассматривается как процесс все более тонкого и дифференцированного моделирования этой реальности. В этом смысле индивидуальная модель мира имеет свои структурные и динамические характеристики, а также содержательное наполнение. *Структурные и динамические особенности, а также содержание индивидуальной модели мира определяют уровень зрелости личности и ее психического здоровья.* В теории объектных отношений в большей степени акцентируются структурно-динамические аспекты (степень дифференцированности, интегрированности и константности системы представлений о себе и о мире). Содержательное наполнение картины мира задается, прежде всего, через эмоциональную окраску образов – преобладание негативных или позитивных характеристик внутренних объектов, или в терминологии теории объектных отношений «интроектов». Важнейшая цель психодинамической психотерапии – развитие объектных репрезентаций в более позитивные и дифференцированные когнитивные конструкты.

В когнитивной психотерапии наряду с такими характеристиками когнитивных схем как гибкость и дифференцированность (в противоположность абсолютистским и ригидным схемам больных аффективными расстройствами) подробно рассматривается содержание системы убеждений – например, когнитивная схема, характерная для депрессивных расстройств описывается знаменитой когнитивной триадой А. Бека – «Я слаб, мир плох, будущее бесперспективно». В психотерапии происходит детальная реконструкция индивидуальных особенностей когнитивных схем и их трансформация в более гибкие и позитивные.

В клиент-центрированной терапии акцент делается на образе Я, степени его дифференцированности, интегрированности и позитивности. Перед психотерапией ставится задача фокусировки на искаженном внутреннем опыте, его символизации и интеграции в условиях атмосферы принятия, эмпатии и безопасности.

Микродинамика или функционирование психики рассматриваются как различного рода искажения реальности – *защитные механизмы* (теория объектных отношений), *когнитивные искажения* (когнитивная психотерапия), *искажения опыта* (клиент-центрированная психотерапия). При этом психическая патология (в том числе эмоциональные расстройства) рассматриваются как результат различных когнитивных искажений реальности вследствие незрелости (негибкости, недифференцированности) когнитивных структур – моделей реальности. В рам-

ках когнитивной психотерапии были разработаны эффективные и оперативные средства работы с искажениями реальности путем анализа автоматических мыслей.

В понимании источников психической патологии, в том числе расстройств аффективного спектра, все большее внимание уделяется качеству интерперсональных отношений или раннему семейному опыту ребенка.

Так, представители теории объектных отношений открыто постулируют ведущую роль ранних межличностных отношений в формировании объектных репрезентаций – системы представлений о себе и о мире. В когнитивной психотерапии А. Бека и его последователей по мере развития этого направления также все бóльшая роль придается раннему опыту как источнику формирования когнитивных схем, особенно в конструктивистски ориентированных подходах (Liotti, 1988; Guidano, 1988). Задача реконструкции и проработки травматического опыта наиболее последовательно была поставлена и решалась в психодинамической психотерапии.

Согласно взглядам К. Роджерса интерперсональные отношения, в первую очередь отношения ребенка с близкими взрослыми, определяют развитие Я-концепции и способность к символизации эмоционального опыта, в конечном счете, а процесс развития рассматривается как постоянная интеграция нового опыта. Отвергающие отношения, повышенный уровень критики в адрес ребенка, низкий уровень тепла и поддержки рассматриваются как причина эмоциональных нарушений и психической патологии. В клиентцентрированой психотерапии ставится задача создания атмосферы принятия и эмпатии для облегчения фокусировки на отторгнутом внутреннем опыте и его интеграции. Этот принцип стал общим для всех традиций.

В итоге, все три концепции приходят к выводу о важности раннего опыта интерперсональных отношений в формировании механизмов и когнитивных структур, лежащих в основе восприятия себя и мира. Много общего так же и в представлениях о конкретных характеристиках отношений в детстве, важных для психического здоровья. Основной акцент делается, прежде всего, на качестве эмоционального контакта с ребенком – внимании к его потребностям, эмоциональной стабильности, надежности и помощи в переработке неустойчивых детских аффектов, высокой степени принятия и эмпатии. В противном случае неизбежны эмоциональные нарушения и расстройства. Табл. 2 ил-

Таблица 2

Представления о структурно-динамических характеристиках психики в основных направлениях современной психотерапии: тенденции к сближению

Характеристики психики	*Теория объектных отношений*	*Когнитивная психотерапия*	*Клиент-центрированная психотерапия*
Структура	Система представлений о себе и о мире (объектные репрезентации)	Система представлений о себе и о мире (когнитивные схемы: убеждения и верования)	Система представлений о себе и о мире (Я-концепция)
Микродинамика	Отражение реальности (защитные механизмы)	Отражение реальности (когнитивные искажения)	Отражение реальности (искажения внутреннего опыта)
Макродинамика	Ранний опыт, характер привязанности (стадии развития объектных отношений)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование когнитивных схем)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование Я-концепции)

люстрирует близость наиболее современных моделирующих представлений о структурно-динамических характеристиках психики в рамках трех основных традиций западной психологии.

Как видно из табл. 2, психическая патология в рамках данных традиций рассматривается как результат наличия ригидных и неадекватных моделей себя и мира (когнитивных схем, Я-концепции, объектных репрезентаций), а также системы выраженных искажений в восприятии реальности (когнитивных искажений, защитных механизмов, нарушение интеграции или отщепление опыта). В основе эмоциональных нарушений и других видов психической патологии лежит негативный опыт ранних интерперсональных отношений. Чем травматичнее этот опыт, тем более ригидны, недифференцированны и негативны репрезентации мира и себя, тем грубее искажения реальности и риск психического заболевания.

По мере накопления опыта и осознания принципиальной важности интерперсональных отношений для психического здоровья оформлялись школы психотерапии и клинической психологии, сфокусированные на интерперсональных отношениях: теория привязанности Дж. Боулби, системно ориентированная семейная психотерапия, интерперсональная психотерапия Г. Клермана, теория отношений В.Н. Мясищева и личностно-реконструктивная психотерапия Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исури-

ной, В.А. Ташлыкова. В этих подходах ярко выражены тенденции к интеграции.

Таким образом, исторически разные школы психотерапии делали акцент на разных факторах расстройств аффективного спектра: 1) макросоциальные факторы (социальный психоанализ); 2) семейные факторы в виде травматического опыта и дисфункций семейных отношений (психодинамическая традиция и подходы, сфокусированные на интерперсональных отношениях; 3) личностные факторы в виде по разному понимаемых когнитивных процессов и когнитивно-аффективных структур (разные традиции и подходы); 4) интерперсональные факторы как система актуальных связей человека с другими людьми (школы, сфокусированные на роли интерперсональных отношений в психическом здоровье). Наибольшее количество исследований эффективности психотерапии расстройств аффективного спектра было проведено в рамках когнитивно-бихевиорального подхода, который наряду с интерперсональной психотерапией, зарекомендовал себя как метод первого выбора при лечении расстройств аффективного спектра (Perrez, Baumann, 2005).

Когнитивная психотерапия – мост между бихевиоризмом и психоанализом

По мнению ведущих современных методологов психотерапии наиболее высоким интегративным потенциалом обладает когнитивная психотерапия А. Бека и разработки его последователей (Guidano, 1988; Liotti, 1988; Norcross, 1989; Dürssen, 1985; Grave 1997). Интегративный потенциал когнитивной психотерапии подчеркивал неоднократно сам А. Бек (Alford, Beck, 1997), что находит выражение в его модели двухуровневой организации когнитивных процессов, которую известный немецкий психоаналитик и методолог А. Дюрссен назвала мостом между бихевиоризмом и психоанализом (Dürssen, 1985). Это модель может быть представлена графически в виде схемы двухуровневой организации когнитивных процессов (см. *рис. 2*).

Как видно из *рис. 2*, когнитивные процессы и работа с ними являются мостом к модификации поведения (верхняя вертикальная стрелка), а представление о когнитивных схемах и работа с ними – мостом к реконструкции раннего опыта, в котором они сложились (нижняя вертикальная стрелка). Таким образом, центральные понятия бихевиоризма и психоанализа – поведение и ранний опыт – «стягиваются» в обобщенную схему работы психотерапевта.

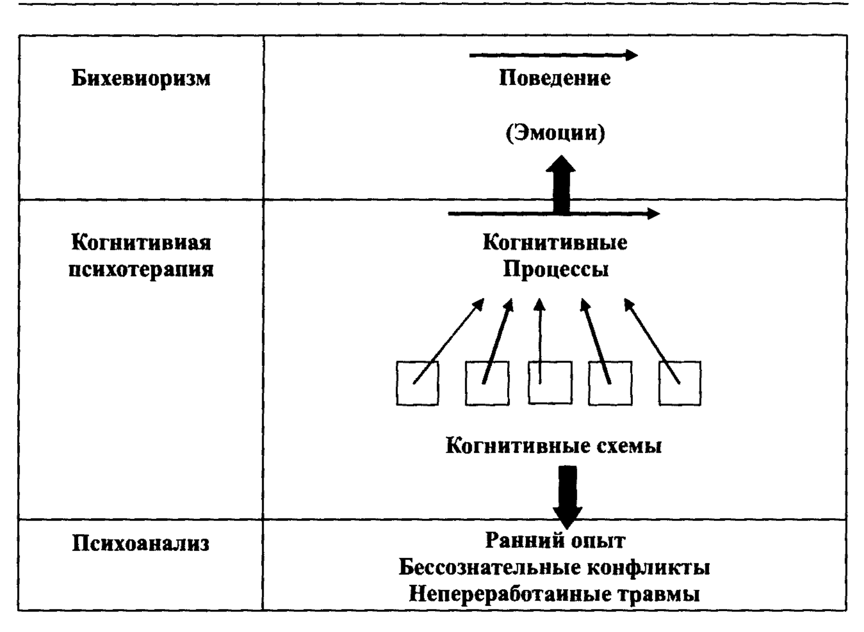


Рис. 2. **Когнитивная психотерапия – мост между бихевиоризмом и психоанализом**

Возникает вопрос о механизме, на который опирается такая работа. А. Бек пишет о способности человека осмыслять и менять собственное мышление (текущие мысли и лежащие в их основе когнитивные схемы). Для обозначения этой способности он ввел понятие «метакогнитивные процессы», которое пока мало разработано в когнитивной психотерапии, хотя его центральная роль для успешной модификации когнитивных процессов и структур очевидна.

Как уже неоднократно отмечалось, сходный механизм в отечественной психологии получил наиболее глубокую проработку и нашел отражение в понятии «рефлексия» (Алексеев, 1975, 2002; Зарецкий, 1984; Семенов, 1980; Зейгарник, Холмогорова, 1986; Лавринович, 1985; Николаева, 1992; Холмогорова, 1983 а,б, 2006; и др.). Рефлексия выступает как основа перестройки когнитивных структур (в отечественной традиции приняты термины «предметные основания» и «смысловые образования») и саморегуляции (Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989).

Описав структуру рефлексивного акта как последовательность внутренних действий, Н.Г. Алексеев (2002) разработал важное средство для

целенаправленного развития и формирования метакогнитивных или рефлексивных процессов. Их развитие, согласно представлениям Б.В. Зейгарник, приводит к новой организации мышления и личности, которую она обозначала понятием «опосредствованность». Интеграция отечественной традиции и когнитивной психотерапии в рамках вышеописанной схемы может быть представлена как выход в третье, объемное измерение и фиксации рефлексивной позиции по отношению к когнитивным процессам и структурам как позиции «сверху», «над», из которой только и возможен их анализ и соотнесение с другими мыслями и убеждениями. Выход в эту позицию требует достаточной сформированности рефлексивной способности. Задача ее формирования и развития выступает в качестве важнейшей задачи психотерапии в такой интегративной модели.

Таким образом, вычленение рефлексии как важнейшего механизма преобразований когнитивных процессов и структур определяет ведущую роль собственной активности пациента в психотерапевтическом процессе. Отношения с психотерапевтом можно описать как отношения сотрудничества в осмыслении и переработке травматического опыта, перестройке сложившихся взглядов на себя и на мир и развития способности к саморегуляции, в основании которой лежит формирование рефлексивной способности.

***

На основании проведенного анализа теоретических моделей и методов психотерапии расстройств аффективного спектра можно сделать следующие ***выводы***:

1. Оппозиционные классические модели психоанализа, бихевиоризма и экзистенциальной психологии сменяют интегративные тенденции в представлениях о структурно-динамических характеристиках психики в норме и патологии: 1) все большее значение придается историческому анализу дисфункций родительской семьи и травматическому опыту ранних интерперсональных отношений как фактору формирования уязвимости к расстройствам аффективного спектра; 2) механистические причинно-следственные связи (травма – симптом; неадекватное научение – симптом) или полное отрицание принципа детерминизма в экзистенциально-гуманистической традиции заменяются сложными системными представлениями о внутренних негативных репрезентациях себя и мира, о негативных

искажениях внешней и внутренней реальности как факторах личностной уязвимости к расстройствам аффективного спектра.

2. Можно выделить унитарный и дифференциальный подходы к психологическим мишеням и методам психотерапии расстройств аффективного спектра по аналогии с их классификацией. Представители экзистенциально-гуманистической традиции и системно ориентированной семейной психотерапии склонны выделять общие психологические факторы этих расстройств. Наиболее дифференцированная и детальная разработка теоретических представлений о специфических психологических факторах и механизмах депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств осуществлялась в рамках психодинамической и когнитивно-бихевиоральной традиций. Когнитивно-бихевиоральные методы прошли наиболее надежную проверку на эффективность и рекомендуются как методы первого выбора в психотерапии расстройств аффективного спектра (Perrez, Baumann, 2005). Наибольшие трудности отмечаются в проведении психотерапии с больными соматоформными расстройствами.
3. Разные подходы преимущественно акцентировали свое внимание на разных блоках факторов: культуральных или макросоциальных (социальный психоанализ); семейных (психодинамическая традиция и подходы, сфокусированные на интерперсональных отношениях): личностных (теория объектных отношений, когнитивная психотерапия, клиент-центрированная психотерапия); интерперсональных (подходы, сфокусированные на интерперсональных отношениях). Взаимодополняемость существующих подходов обусловливает необходимость синтеза знаний для решения практических задач. В когнитивно-бихевиоральной терапии накоплены наиболее эффективные средства работы с когнитивными искажениями и дисфункциональными убеждениями (Бек с соавт., 2003; Alford, Beck,1997); в психодинамическом подходе – с травматическим опытом и актуальными интерперсональными отношениями (Воловик, 1980; Исурина с соавт., 1994; Карвасарский, 2000; Мясищев, 1960; Heim,Owens, 2001; Klerman et al., 1997); в системной семейной психотерапии – с актуальными семейными дисфункциями и семейной историей (Эйдемиллер, Юстицикис, 2000; Боуэн, 2005); в отечественной традиции, развивавшей принцип активности субъекта, разработаны важные представления о меха-

низмах опосредствования и эмоциональной саморегуляции (Зейгарник, Холмогорова, 1986; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Карвасарский, 2000; Сафуанов, 1985; Соколова, Николаева, 1995; Тхостов, 2002).

4. Эффективным средством интеграции основных традиций психотерапии является двухуровневая модель когнитивных процессов А. Бека (см. рис. 2), которая может быть дополнена разработанными в отечественной психологии представлениями о рефлексии, как механизме перестройки и саморегуляции когнитивных и эмоциональных процессов.
5. Эффективным средством для целенаправленного развития рефлексивной способности является разработанное в отечественной психологии представление о структуре рефлексивного акта как последовательности внутренних действий. В третьем разделе данной монографии представлена интегративная модель психотерапии расстройств аффективного спектра (Гаранян, Холмогорова, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1996 б; Kholmogorova, Garanian, 1998, 2000), опирающаяся на двухуровневую модель когнитивных процессов А. Бека и разработки отечественной психологии мышления в области рефлексии.
6. Можно выделить ряд общих тенденций развития разных направлений психотерапии: от механистических моделей к системным внутри традиций; от оппозиции к интеграции в отношениях между традициями; от воздействия к сотрудничеству в отношениях с пациентами.

Глава 3
Теоретико-методологические средства синтеза знаний в науках о психическом здоровье

3.1. Системные биопсихосоциальные модели как средство синтеза знаний, накопленных в науках о психическом здоровье

Обоснование необходимости системного подхода

Задача учета различных факторов при решении практических задач поставила современную психиатрию и клиническую психологию перед необходимостью их комплексного рассмотрения и интеграции. Это, в свою очередь, остро ставит задачу разработки средств такой интеграции. «Действительно, в методологической литературе постоянно подчеркивается тот факт, что в современной науке происходит быстрый рост удельного веса и роли задач синтеза. Это выражается как в переходе от дисциплинарного к проблемному способу постановки и решения научных задач, так и во все более широком развитии междисциплинарных исследований и комплексных дисциплин» (Юдин, 1978; С. 117).

Проблема психического здоровья на современном этапе развития научного знания находится в фокусе разных дисциплин, в первую очередь психиатрии, клинической психологии и психотерапии. «Это особенно характерно для науки наших дней, когда фактически любой объект (в нашем случае психические расстройства – *А.Х.*) исследуется методами не одной, а одновременно нескольких наук. Если относительно одного и того же объекта построено одновременно несколько предметов исследования, то может оказаться, что они пересекаются друг с другом, оставляя в то же время "нетронутыми" некоторые существенные стороны объекта. В этих условиях возникает новая задача, по своему типу почти не известная науке прошлого: задача построения особой картины объекта, которая бы увязывала между собой предметы разных наук, изучающих данный объект» (Юдин, 1997; С. 81).

Однако в силу большой изолированности биологических и общественных, гуманитарных наук синтез накопленных знаний примени-

тельно к проблеме психической патологии происходит крайне сложно и болезненно. Он сопровождается сопротивлением биологически ориентированных ученых и практиков, и, в то же время, недооценкой гуманитариями биологических аспектов здоровья и болезни.

Как отмечал Э.Г. Юдин, «проблема увязывания разных предметов исследования при решении общей задачи по своей природе является чисто методологической» (там же; С. 82). Логика научных исследований, накопление научных данных, свидетельствующих о сложности объекта изучения, его несводимости к простым теоретическим схемам и закономерностям, ставит науку перед задачей разработки новой методологии, адекватной сложности объекта. В современной науке в качестве такой методологии выступает методология системного подхода. Она является общенаучной методологией, к которой обращаются науки, изучающие сложные объекты и находящиеся в периоде зрелости.

На основе общенаучной системной методологии в каждой конкретной науке разрабатываются свои специфические модели и предметы, которые позволяют объединить разрозненные факты и концепции в некую связанную систему. Системный подход, являющийся альтернативой элементаризму и редукционизму, складывается как общенаучная методология изучения объектов, имеющих сложную многокомпонентную структуру. Основатель системного подхода Л.фон Берталанфи подчеркивал, что в применении к психологии этот подход означает рассмотрение человека в качестве активной личностной системы, которая не стремится к установлению гомеостаза со средой, как это утверждается в классическом бихевиоризме и психоанализе, а преобразует и изменяет эту среду.

Многие исследователи до сих пор остаются на редукционистских позициях, так как они привлекательны своей простотой. Однако задача перехода к системных моделям, к новым формам организации знаний встает все более остро по мере их накопления, а также, по мере того как усложняются практические задачи, встающие в сфере охраны психического здоровья (Александровский, 2006; Вассерман с соавт., 1994; Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2004; Кабанов, 1998; Карвасарский, 2000; Краснов, 2001; Ломов, 1975; Холмогорова, 2002 в; Perrez, Baumann, 2005 и др).

Пересмотр представлений о причинности характерен для всей современной науки: «Сегодня у нас совершенно иное представление о причинности. В медицине, также как и в физике, специфические при-

чины заменены на комплексные цепи событий и последствий, которые находятся в постоянном взаимодействии. Простая идея "причины" стала бессмысленной и служит лишь для обозначения того момента в этой цепи событий-последствий, который легче всего поддается вычленению» (Kendell, 1978; S.52).

В современной психиатрии, а также клинической психологии, биологический, социологический и психологический редукционизм сменяются осознанием необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств. Вот что пишет об этом известный американский ученый-психиатр З. Липовский: «Психиатры все лучше осознают, что никакой изолированный теоретический подход – психодинамический, бихевиоральный, социологический или биологический – не может охватить феномен человеческого поведения или же проблему психических расстройств. Редукционизм не даст никакого результата. Холистический, всеохватывающий, мультифакторный теоретический подход необходим для науки о человеческом здоровье и болезнях, а значит и для психиатрии» (Lipowski, 1981; P.893).

Важнейшими достижениями в разработке проблемы психической патологии на современном этапе можно считать все большее признание методологии системного подхода, тенденцию к синтезу различных частичных научных проекций сложного объекта, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов). Отказ от претензии на владение истинным знанием у представителей различных наук приводит к доминированию конструктивистской установки в решении проблемы психического здоровья.

Одна из наиболее известных попыток теоретической интеграции различных аспектов при изучении как соматических, так и психических болезней принадлежит врачу Дж. Энгелю (Engel, 1979, 1980). Опираясь на теорию систем, он рассматривал биопсихосоциальную модель как динамическое единство, включающее различные подструктуры, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимного влияния. Находящиеся в иерархическом единстве подсистемы состоят в непосредственном и постоянном контакте и взаимно влияют друг на друга, что выражается в постоянном взаимодействии органических, психологических и социо-культурных факторов. В их взаимовлиянии не существует простых линейных причинно-следственных связей: все причинные связи комплексные и сложные, а вопрос о том, какие факторы главные, заменяется вопросом о характере их взаимодействия.

Неуклонно растущий поток исследований приводит к выводу о сложной многофакторной биопсихосоциальной природе психических расстройств. Вместе с накоплением знаний растет потребность в новой научной методологии, способной по-новому их организовать.

Биопсихосоциальные исследования депрессивных расстройств

Многофакторная детерминация расстройств аффективного спектра подтверждается многочисленными исследованиями. За последние два десятилетия появились концепции, пытающиеся выяснить роль различных факторов влияния на основе диатез-стрессовой биопсихосоциальной модели, соединяющей теорию стресса Г. Селье и разработки Дж. Энгеля.

В 1970-х гг. Х. Акискал и Д. Мак Кинни предложили биопсихосоциальную концепцию депрессии как результата психобиологического развития, в котором взаимодействуют когнитивные, поведенческие, социальные, генетические и психодинамические факторы (Akiskal, Mc Kinney, 1975). Они подчеркивали, что существующие модели, вскрывают разные аспекты такого сложного явления как депрессия, что еще раз доказывает необходимость интеграции различных моделей и знаний для эффективного лечения депрессивных расстройств.

Еще одним примером современного многофакторного подхода к исследованию депрессий может служить модель развития депрессии у женщин, предложенная К. Кендлером с соавт. (1995). Проанализировав в ряде работ влияние таких факторов, как нейротизм, пол, число стрессогенных событий, генетическая предрасположенность, наличие депрессивных эпизодов в прошлом на возникновение текущего депрессивного эпизода (Kendler et al., 1995, 2004), авторы этой серии исследований делают вывод о значимой взаимосвязи (примерно две трети случаев) между наличием стрессогенных событий и возникновением депрессивного расстройства, что еще раз подтверждает весомый вклад факторов психологической природы в возникновение депрессии у женщин. Одно из них – десятилетнее лонгитюдное исследование 1940 пар близнецов было направлено на выяснение вклада различных факторов в возникновение депрессии: 1) характеристик детства (включающих генетический риск, дисфункциональное семейное окружение, опыт сексуального насилия в детстве, утрату родителя в детстве); 2) характеристик раннего подросткового периода (нейротизм, низкая самооценка, раннее начало тревожного расстройства и расстройств поведения); 3) характеристик позднего подросткового периода (профессиональное самоопределение, психические травмы, социальная поддержка, упот-

ребление алкоголя/наркотиков); 4) характеристик зрелого периода жизни (разводы, депрессивные эпизоды); 5) характеристик последнего периода жизни (супружеские проблемы и затруднения, стрессогенные жизненные события, зависящие и не зависящие от поведения индивида) (Kendler et al., 2002).

С помощью сложных статистических процедур были выделены основные блоки факторов развития депрессивных расстройств у женщин. В первый блок вошли генетические факторы, в том числе фактор нейротизма при начале тревожного расстройства в детском возрасте, во второй – факторы нарушения поведения и злоупотребления химическими веществами, в третий – различные интерперсональные факторы (дисфункции родительской семьи, опыт сексуального насилия, утрата родителя). Была установлена тесная связь между опытом жизни в дисфункциональной родительской семье в детстве, низким уровнем социальной поддержки в подростковом возрасте и дисфункциями супружеских отношений в зрелом периоде жизни. Наряду с генетическими факторами была доказана важная роль психологических факторов, в том числе семейных и интерперсональных.

В ряде исследований было доказано, что подростки, являющиеся объектами выраженного негативного отношения со стороны матери, по сравнению с сиблингами обнаруживают значимо более высокий риск заболевания депрессией независимо от генетических и общих семейных средовых факторов (Reiss et al, 1995; Pike, Plomin, 1996).

Биопсихосоциальные исследования тревожных расстройств

Рассмотрим имеющиеся обобщенные данные о биопсихосоциальной природе тревожных расстройств на примере панических атак. Исследования С.Торгерсона (Torgerson, 1986 а, в) показали, что среди монозиготных близнецов отмечается конкордантность по паническому расстройству в 31% случаев, в то время как среди дизиготных она равнялась 0%, что указывает на значимость биологических факторов при возникновении панических расстройств. Экспериментальной проверке подвергалась гипотеза о повышении уровня лактата натрия в крови, как пусковом факторе приступа тревоги. Испытуемым внутривенно вводили лактат натрия. Оказалось, что приступ паники возникал только у тех испытуемых, которые переживали такие приступы и прежде (Shechan et al., 1985).

После лечения антидепрессантами, а также применения когнитивно-бихевиоральной психотерапии приступы паники при введении лак-

тата натрия наблюдались лишь у одной трети пациентов, страдающих паническими атаками. Это позволило предположить, что важно не возбуждение, связанное с введением лактата натрия самого по себе, а какие-то иные, психологические факторы, например, ложная интерпретация физиологического состояния как угрожающего.

Исследования свидетельствуют о важном вкладе психологических факторов. Ретроспективные самоотчеты подтвердили, что у больных паническими атаками имеет место психологическая уязвимость, предшествующая развитию панической атаки в виде повышенной сензитивности и склонности к интерпретации различных стимулов, как угрожающих, а также повышенному селективному вниманию к телесным ощущениям (Bradley et al, 1995). Пациенты, страдающие паническим расстройством, интерпретировали телесные сенсации значимо чаще, как угрожающие по сравнению с такой же группой здоровых (Westling, Ost, 1995). Эта закономерность не отмечалась в отношении внешних событий.

Выявлены следующие психологические факторы, которые способствуют тому, что единичная паническая атака, которая может возникнуть у любого человека, переходит в паническое расстройство: 1) предвосхищение, тревожное ожидание повторного приступа; 2) селективное внимание к телесным сенсациям; 3) склонность к интерпретации этих сенсаций как угрожающих признаков физического или психического неблагополучия («Я опасно болен, схожу с ума»); 4) интерцептивное научение – после первой панической атаки у некоторых людей происходит формирование условного рефлекса страха на любое телесное ощущение, поэтому панические расстройства некоторые авторы называют интроцептивной фобией (Barlow, 1988; Rapee, 1986); 5) возникновение так называемого порочного круга тревоги: физиологическое ощущение – селективное внимание – негативная интерпретация – тревога – усиление физиологических ощущений за счет присоединения физиологических коррелятов тревоги – катастрофическая интерпретация – паника.

Важную роль в возникновении психологического диатеза играют стрессогенные события жизни. Оказалось, что они предшествуют панической атаке в 80–90% случаев (Barlow, Cerny, 1988), среди них особая роль принадлежит угрозе утраты объекта. Кроме того, существуют определенные семейные условия, способствующие формированию психологической уязвимости к паническому расстройству. Высказывается предполо-

жение, что психическая травма приводит к изменениям нейромодуляции и физиологической реактивности (а в раннем детском возрасте – к морфологическим изменениям среднего мозга, лимбических и стволовых структур), проявляющихся в тревоге, которая сопровождается ожиданием психологических травм и повышенным вниманием к внешним раздражителям с целью выявления опасности. (Bremner et al., 1997).

Биопсихосоциальные исследования соматоформных расстройств

Среди возможных факторов риска соматоформных расстройств, к которым апеллируют современные исследования, следует упомянуть генетическую и биологическую предиспозицию, социодемографические факторы, культуральные и социальные факторы, семейные факторы, стрессовые жизненные события и психотравмы, а также такие личностные особенности как алекситимия и интероцептивный когнитивный стиль.

Следует сказать, что биопсихосоциальные факторы соматоформных расстройств изучены значительно хуже, чем депрессивных и тревожных, что обусловлено дискуссионностью и относительной новизной этой диагностической категории (см. Гл. 1.3).

Роль генетических факторов соматоформных расстройств была доказана в исследовании моно- и дизиготных близнецов, проведенном в Норвегии (Torgerson, 1986 б). Оказалось, что конкордантность по соматоформным расстройствам у однояйцевых близнецов составляет 29%, в то время как у разнояйцевых лишь 10%. Исследования семей больных соматизированными расстройствами показывают, что среди ближайших родственников чаще, чем в контрольной группе встречается соматизированное расстройство, а также алкоголизм и антисоциальное личностное расстройство. Другое масштабное исследование больных соматоформными расстройствами, усыновленных в детстве, выявило, что среди их биологических родителей было много больных алкоголизмом и криминальных элементов, а также зафиксировало наследственную связь между соматизированным и гистрионным личностным расстройством (Bohman et al., 1984). К биологической предиспозиции В. Риф и В. Хиллер гипотетически относят сниженную способность к регуляции физиологических функций (например, функции дыхания), измененное восприятие своего тела (например, после тяжелой болезни или несчастного случая) (Rief, 2005; Rief, Hiller, 1998).

Таким образом, системный подход наиболее адекватен достигнутому уровню знаний в современных науках о психическом здоровье и выражает-

ся в разработке биопсихосоциальных моделей психических расстройств. Растет число комплексных исследований депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств на основе таких моделей.

3.2. Две конфликтующие методологии в современных исследованиях психотерапии и ее эффективности – поиск третьего пути

Основная задача данного параграфа – анализ двух конфликтующих методологических позиций в исследованиях психотерапии и описание оригинальных методологических средств изучения процесса психотерапии расстройств аффективного спектра (Холмогорова, 2009; 2010 а). Для решения этой задачи мы воспользовались разработкой Н.Г. Алексеева, получившей название *концептуальная схема предмета изучения*, которая включает моделирующее представление о содержании изучаемого явления, основные теоретико-методологические принципы, на которых строится исследование, и, наконец, связанный с ними набор исследовательских правил и процедур. На основе этой схемы будет дан сравнительный критический анализ оппозиционных подходов в исследованиях психотерапии, а в следующем параграфе, в качестве одного из возможных вариантов выхода из ситуации методологического кризиса, будет представлена неклассическая методология исследований психотерапии.

Две методологии научных исследований – два разных моделирующих представления о процессе психотерапии

Как известно, первым крупным проектом в исследовании эффективности психотерапии стал так называемый Меннингеровский проект, начатый в США в 1950-е гг. Напомним первый и основной теоретико-методологический принцип этого трудоемкого и фундаментального исследования, сформулированный Р. Валлерштейном с коллегами: «Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой, и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответ на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein et al., 1956; P.240).

Второй методологический принцип Меннингеровского проекта гласит, что организация психотерапевтического процесса должна быть максимально естественной и больные должны распределяться на разные виды психотерапии по показаниям, а не в случайном порядке (Wallerstein, 1986; Kernberg, Bursteine, Coyne et al., 1972). В дальнейшем этот, исторически первый тип методологии исследований эффективности, основанный, главным образом, на качественных описаниях и оценке результата, получил название «естественного» (*naturalistic study*) и был подвергнут критике за недостаточную объективность. *В его основе лежит методология герменевтики и тесно связанное с ней моделирующее представление о психотерапевтическом процессе как опирающемся на определенную теоретическую модель механизмов заболевания, но при этом уникальном для каждого отдельного случая.* Из такого моделирующего представления естественным образом вытекает отказ от формальных процедур объективизации путем рандомизации выборок, слепого контроля и разработки унифицированных схем лечения.

Однако следует констатировать, что в настоящее время победила и почти безраздельно господствует вторая методологическая установка в исследованиях психотерапии, пришедшая на смену первой в 1980-е гг. Влияние философии позитивизма в современной медицине, а также давление страховых компаний, заинтересованных во вложении средств в экономичное и эффективное лечение и настаивающих на выработке ясных и простых критериев последнего, привело, с одной стороны, к значительному организационному усложнению и интенсификации исследований эффективности психотерапии, а с другой – к их упрощению и унификации на основе единых принципов «медицины, основанной на доказательствах» (*evidence based medicine*).

Главная цель так называемой доказательной медицины – устранение систематических ошибок в оценке результатов лечения. Для этого проводятся клинические испытания на основе определенных правил, направленных на устранение возможных ошибок. Современным стандартом оценки эффективности терапии, в соответствии с принципами доказательной медицины, являются рандомизированные контролируемые испытания – РКИ (*randomized controlled trials – RCTs*). Так называемая слепая рандомизация (или случайное, скрытое от исследователя распределение больных на контрольную и экспериментальную группы, а также оценка результатов независимыми экспертами, слепыми относи-

тельно метода, который они оценивают) предназначена для решения проблемы переноса результатов, полученных на ограниченной выборке испытуемых, а также устранения ошибок, связанных с различиями между пациентами в разных группах и субъективностью оценки результата лечения.

В фармакотерапии идеальным стандартом считается, когда не только больной и эксперт, но даже врач не знают, какой именно препарат используется им для лечения. Очевидно, что последнее является совершенно невозможным в случае психотерапии – психотерапевт не может не быть осведомленным относительно тех моделей и процедур, которые лежат в основе используемого им метода. Из анализа этого последнего невыполнимого требования естественным образом возникает вопрос о том, насколько остальные исследовательские правила и процедуры доказательной медицины адекватны специфике психотерапии как метода лечения. Критика данного типа методологии звучит и в отношении ее использования при изучении фармакотерапии (см. Предисловие).

Еще одним «золотым стандартом» в исследованиях эффективности психотерапии стала процедура метаанализа. Эта основная процедура в исследованиях эффективности, начиная с 1980-х гг., представляет собой статистическое объединение данных нескольких исследований. Результаты независимых РКИ накапливаются в систематических обзорах, которые включают данные различных исследований, при условии, что они отвечают общим методическим требованиям к дизайну исследования (общие характеристики изучаемого метода терапии, критерии отбора пациентов, используемые диагностические инструменты).

В случае высокой гомогенности методических характеристик исследований, проводимых различными учеными, полученные данные могут быть объединены и обработаны при помощи особой статистической процедуры – определение «силы эффекта» (*effect size*). Ее целью является усреднение результатов нескольких исследований (независимо от размера выборок в каждом) для получения общего индекса эффекта. Сила эффекта может быть проинтерпретирована как процент неперекрываемости полей значений показателей, полученных для экспериментальной и контрольной групп. Так, например, сила эффекта 0,8 означает, что: 1) 47,4% значений для испытуемых двух групп не пересекаются; 2) средние показатели эмпирической группы на 0,8 стандартного отклонения выше средних показателей контрольной группы; 3)

средний эмпирический пациент имеет результат лучший, чем у 79% контрольной группы.

Тенденции к упрощению контролируемых параметров выразились, в частности, в том, что все чаще предметом оценки эффективности становятся отдельные техники (т.е. исчезает теоретическая основа и целостное представление о процессе психотерапии, на смену приходят ее «абортивные» варианты в виде набора отдельных техник), а человек редуцируется к специфическому расстройству, которым он страдает (набору симптомов и показателей адаптации). Стремление к максимальной объективации и уверенность в спекулятивности теоретических построений, свойственные позитивистской методологии, неизбежно приводят к отбрасыванию теоретических основ того или иного метода в пользу отдельных техник и процедур, а место сложных теоретических моделей различных психических расстройств, включая их механизмы и факторы, занимает соответствующий тому или иному заболеванию набор симптомов. *В основе такого подхода лежит позитивистская философия и соответствующее ей моделирующее представление о процессе психотерапии как приложении типового набора техник и их комбинаций к лечению того или иного специфического расстройства, понимаемого как набор симптомов, препятствующих успешной социальной адаптации и удовлетворенности жизнью.*

Хорошим примером реализации такого моделирующего представления являются исследования, в которых сравниваются отдельные техники в естественных условиях нередко применяемые в комбинации друг с другом, и, как правило, в сочетании с другими техниками. Например, при исследовании эффективности когнитивно-бихевиоральной психотерапии обсессивно-компульсивного расстройства сравнивается эффективность применения когнитивных техник и бихевиоральной техники экспозиции (см. Барлоу, 2008), хотя в реальной практике эти техники включены в сложный целостный процесс психотерапии, который, как правило, не ограничивается даже их комбинацией.

Казалось бы, переход исследователей эффективности психотерапии под знамя доказательной медицины можно приветствовать. Ведь именно в результате такого рода исследований в настоящее время в серьезных медицинских кругах фактически прекратились споры о том, нужна ли психотерапия (Пуговкина с соавт., 2009; Холмогорова, Гаранян, Никитина, Пуговкина, 2009). Во всем цивилизованном мире она признана

важным подходом в лечении психических расстройств, а услуги психотерапевтов оплачиваются через страховые кассы.

Однако все чаще раздаются тревожные голоса, как психотерапевтов-практиков, так и самих исследователей психотерапии, в том числе маститых разработчиков технологий так называемого доказательного подхода при исследовании эффективности. У них все чаще возникают сомнения, а не Пиррова ли эта победа, не грозит ли методология, укрепившая научный статус психотерапии, и ее позиции в страховой медицине уничтожением ее специфики как метода и связанного с этой спецификой источника ее эффективности.

Так, один из наиболее известных и заслуженных исследователей в этой области Д. Орлинский прямо пишет о некорректности перенесения ряда исследовательских принципов современной доказательной медицины на психотерапию в силу ее специфических особенностей как метода помощи. Он иронически замечает, что «область исследований психотерапии надела “парадный костюм” (trapping) “нормальной науки по Куну”, т.е. выработала общепризнанную модель проведения исследований или парадигму» (Orlinsky, 2007; P.11). Однако подчеркивает он, используя игру английских слов: «одновременно с этим достижением согласия и приобретением статуса парадигмы, эта сфера исследований попала в капкан (trap) мало реалистичной и узкой исследовательской модели» (там же; P.11).

В основе этой модели или парадигмы, согласно Д. Орлинскому, лежит моделирующее представление о психотерапии как наборе специфических техник, которые могут быть выучены и приложены. В таком представлении, замечает он, активная роль отводится терапевту, а роль объекта воздействия – клиенту. Хотя, на наш взгляд, и терапевт здесь выступает в роли достаточно пассивной, так как его основная функция – точное воспроизведение протокола лечения, подлежащего исследованию. Позиция терапевта, как носителя знания о методиках, которые надо использовать при лечении того или иного расстройства, исключает интуицию и творчество.

Теоретически исследователь может рассматривать пациента как активного субъекта взаимодействия, но на деле парадигма стандартного исследования не может отразить такую позицию. Это выражается, например, в принципе рандомизированного исследования, игнорирующего субъективные предпочтения пациентов, которые в наше время нередко хорошо осведомлены относительно разных моделей психотерапии и склонны активно выбирать среди них. Лечение при таком представле-

нии о процессе психотерапии, подчеркивает Д. Орлинский, получает не пациент как индивидуальность, а скорее специфическое расстройство. Он также указывает, что многие процедуры, направленные на реализацию принципа объективности, на самом деле, ее не обеспечивают. «Миф о том, что рандомизация позволяет снять или контролировать различия в личностных характеристиках – это еще один миф современной парадигмы исследований психотерапии, так как эффективность метода рандомизации выборок зависит от закона больших чисел, а число людей в выборках редко бывает достаточным, чтобы подчиняться этому закону» (Orlinsky, 2007; P.12). Используемые же личностные характеристики с целью их статистического контроля – это «извлеченные вне всякой связи с теорией демографические данные, собранные для описания выборки – возраст, пол, семейное положение, национальность и т.д.» (там же; P.12).

Далее в своих итоговых размышлениях о пути, проделанном учеными с целью научного обоснования психотерапии, Д. Орлинский с глубоким разочарованием констатирует чрезмерно абстрактный и оторванный от жизни и теории взгляд на терапевтический процесс и его центральные фигуры – терапевта и клиента – при котором последние рассматриваются как определенные наборы характеристик (симптомов, черт характера и т.д.), изолированные от социо-культурного контекста. В то же время он выражает надежду, что его критика не будет понята как атака на научные исследования в психотерапии, которым он посвятил много десятилетий своей профессиональной жизни, а будет способствовать большей реалистичности и дальнейшему развитию этих исследований.

Хотя мы подробно излагаем критику позитивистской парадигмы, не стоит забывать, что именно ей психотерапевты обязаны широким признанием важности своей работы в современной научной медицине. Последней необходимо было предоставить убедительные данные исследований об эффективности психотерапии как метода лечения, полученные на основе критериев доказательной медицины. Это было также важным условием включения услуг психотерапевтов в оплату страховыми кассами. Поэтому важно, указывая на ограничения этих исследований, отдавать должное их вкладу в становление психотерапии в социальном пространстве как значимой области знания.

Все чаще раздаются голоса критиков еще одной описанной выше процедуры, направленной на объективизацию данных – процедуры

метаанализа. Об «эпидемии метаанализов» и ее весьма неоднозначных последствиях для научных исследований в области психотерапии пишут редакторы последнего пятого издания известного руководства по психотерапии и методам ее исследования (Bergin, Garfield, 2004).

Хотя показатель силы эффекта стал стандартным способом для обозначения достигнутых в ходе терапии изменений, приводится ряд аргументов, свидетельствующих о несовершенстве и недостаточности такой оценки. Вкратце их можно свести к следующим. Авторы метаанализов должны самостоятельно принимать большое количество решений, например, какие исследования включать в обзор, как суммировать показатели и т.д. Становится очевидным, что обещанная полная объективность обзора, которая, как казалось, пришла вместе с процедурами метаанализа, недостижима. Обзоры, основанные на метаанализе, обладают большей точностью, однако они подвержены тем же искажениям, что и описательные обзоры, примером которых является Меннингеровский проект. Многие спорные вопросы продолжают оставаться таковыми, несмотря на то, что для их решения были использованы процедуры метаанализа. К сожалению, метаанализ не смог дать окончательного ответа на вечные вопросы в исследованиях психотерапии, например, какой метод лечения эффективнее. Наконец, особую тревогу вызывает тот факт, что тщательно разработанные и элегантные процедуры метаанализа подменили собой серьезные размышления над результатами исследований и их значением для практической деятельности. Признавая, что метаанализ значительно обогатил методы исследования, критически настроенные ученые предостерегают от излишней веры в декларируемую объективность метааналитических обзоров.

Б. Слайф (Slife, 2004) объявляет вышеописанную методологию доказательных исследований основанной на *философии натурализма* (не путать с естественной парадигмой исследования – «naturalistic study», основной смысл последней прямо противоположен и выражается в принципе изучения психотерапии в тех условиях, в которых она обычно проводится без искусственных процедур рандомизации и выделения отдельных техник) и разворачивает ее критику по целому ряду пунктов. Он начинает с цитирования А. Берджина (Bergin, 1971), который назвал три силы – экономика, медицина и наука, в коалиции оказывающих давление на психотерапевтов-практиков и на исследователей, превращая первых – в «продавцов пирожков», а вторых – в «механотро-

пов». Вроде бы стандартизированные техники, научная валидизация, а также ориентация на экономическую окупаемость подхода являются признаками прогресса и перехода психотерапии под знамена доказательной медицины, но *«беда в том, что многочисленные эмпирические исследования не могут решить проблему, имеющую теоретический, философский и даже этический аспекты (*выделено мной – *А.Х.)»* (Slife, 2004; P.44).

Б. Слайф подчеркивает, что исследовательская методология, основанная на философии натурализма, неизбежно приводит к недооценке концепций, потенциально важных для понимания того, что лежит в основе эффекта психотерапии, так как философия натурализма связана с сужением значения теории. В узкой натуралистической перспективе, теория представляет собой исключительно логическое обобщение неких систематических наблюдений. Еще одним последствием доминирования натурализма он считает разрыв между формально описанными методами и реальной практикой. «Фактически, такой подход предполагает изучение не того, что происходит в реальной психотерапевтической практике, а того, чему формально были обучены терапевты и исследователи – концепций, теорий, техник, так как если бы они существовали независимо друг от друга» (там же; P.45).

Натурализм, согласно данному автору критического анализа господствующей методологии, характеризуется пятью основными посылками, или допущениями: *объективизм, материализм, атомизм, гедонизм и универсализм.*

1. Объективизм – предположение о том, что логика, лежащая в основе научных методов и технологий (научные законы) свободна от теоретических уклонов и взглядов исследователей.
2. Материализм – идея о том, что для большинства, если не для всех, психических расстройств будет обнаружена и продемонстрирована их биологическая основа.
3. Установка на гедонизм определяет конечную цель жизни (и терапии, в частности) – как некую форму счастья и благополучия.
4. В соответствии с идеей атомизма человек представляет собой определенный индивидуальный набор черт, и именно с этим набором имеет дело психотерапевт.
5. Универсализм предполагает существование истинного научного знания и универсальных научных методов, независимых от времени и поля применения.

Это последнее допущение добавляет особое качество во все предыдущие: натуралистические посылки распространяются на изучение всех явлений, и признается изначальная, потенциальная возможность получения полного знания о природе человека.

Если оценивать названные характеристики с позиций разработок отечественных философов и методологов о классических и неклассических науках[1], то можно сказать, что все они специфичны для так называемой классической науки или классического этапа развития наук, когда основной целью ученых было создание онтологии объекта, основной ценностью – получение истинного знания о нем, а основной тенденцией – выделение различных аспектов в этом объекте для их детального изучения и все большая специализация ученых (Зарецкий, 1989). Будучи абсолютно необходимыми на определенном этапе развития науки эти установки вступают в противоречие с логикой решения сложных практических задач, которые встают перед зрелой наукой, накопившей достаточно знаний в различных сферах. При решении практических задач все более важной тенденцией становится стремление к синтезу различных знаний, необходимых и полезных для их успешного решения, а основной ценностью – достижение оптимального практического результата.

Не отрицая роли, возможности и полезности позиции натурализма в исследованиях психотерапии на определенном этапе научного поиска, Б. Слайф призывает помнить о ее ограничениях и необходимости развивать альтернативные методологии исследования. В своем критическом анализе он специально останавливается на каждой из характеристик натуралистической методологии. Приведем эти описания.

1. *Объективизм.* Вроде бы ценность такой позиции очевидна – она направлена на внедрение в практику так называемых эмпирически обоснованных методов. Однако на деле возрастание роли эмпирически обоснованных видов терапии приводит к тому, что при трудностях теоретической интеграции методов ученые предпочитают отделить техники от теории и эмпирически проверить их эффективность. Натурализм предполагает, что все изучаемые и

---

[1]Для выделения наук, которые имеют дело с деятельностными объектами и создают интегрированные знания для решения практических задач, в отечественной методологии в 1970–1980-е гг. использовались разные термины: науки неклассического образца (Мунипов, Алексеев, Семенов, 1970), нетрадиционные науки (Горохов, Розин, 1984), комплексные науки (Сичивица, 1983). Они противопоставлялись так называемым классическим наукам.

наблюдаемые явления имеют объективную природу, т.е. находятся вне сознания исследователя. Однако предмет изучения в психотерапии не соответствует этому представлению, хотя и делаются попытки объективизировать наблюдаемые явления, отделить их от исследователя: рандомизация, слепые наблюдения и т.п.

2. *Материализм.* Материализм в науке проявляется как тенденция к операционализации изучаемого предмета с целью сделать его наблюдаемым и объективно фиксируемым. На практике это приводит к возрастающей биологизации в исследованиях психических расстройств, а в исследованиях эффективности психотерапии, во-первых – к преимущественной ориентации на объективные показатели эффекта терапии (в последнее время, например, ведется поиск биологических изменений в результате психотерапии), во-вторых – к возрастанию роли оценки экономичности лечения. Сами по себе эти тенденции важны и не вызывают возражений, но при их абсолютизации неизбежно возникает редукция человека к материальным процессам в мозге, а главным критерием эффективности лечения – затраченные на него деньги.

Приведем иллюстрации возрастания материалистических тенденций в современной психотерапии, которые, на наш взгляд, точнее было бы назвать тенденцией к биологическому редукционизму. Так, один из известных исследователей процесса психотерапии и факторов ее эффективности К. Граве утверждает, что психотерапию будущего будут называть нейропсихотерапией, так как специалисты будут рассматривать феноменологию нарушений психической жизни через призму нарушений процессов в нервной системе (Grave, 2006).

В печатном органе Всемирной психиатрической ассоциации «World Psychiatry» (2007, V. 3, 4) широко дискутировалась другая, но близкая по методологическим основаниям концепция психической патологии, автор которой предлагает определить психическое расстройство как «harmful dysfunction» (Wakefield, 1991, 2007), т.е. вредоносную, дезадаптирующую дисфункцию, в основе которой лежат определенные повреждения структур головного мозга, ответственных за обеспечение эволюционно предзаданных психических функций. Эти повреждения и рассматриваются как непосредственная причина психической патологии. Однако изучение биологических факторов является необходимым, но недостаточным для психотерапевтических исследований, и преодоление

механистического материализма требует учета поведенческих, когнитивных, социальных и других аспектов.

Полно иронии по отношению к примитивному механистическому редукционизму высказывание З.Фрейда, не утратившее своей актуальности в наши дни: «Там (в медицине – уточнение *А.Х.*), кажется, интересуются прежде всего тем, какими анатомическими путями осуществляется состояние страха. Это значит, что раздражается Medulla oblongata, и больной узнает, что страдает неврозом блуждающего нерва. Medulla oblongata – очень серьезный и красивый объект. Я хорошо помню, сколько времени и труда посвятил его изучению много лет тому назад. Но сегодня я должен вам сказать, что не знаю ничего, что было бы дальше от психологического понимания страха, чем знание нервного пути, по которому идут его импульсы» (Фрейд, 1991; С.251).

3. *Гедонизм.* В рамках философии натурализма под гедонизмом понимается стремление людей к позитивным ощущениям и избеганию любой боли, что играет важную роль в эволюции и способствует сохранению вида.

   В психологии ведущим теоретиком гедонизма Б. Слайф называет З. Фрейда, утверждавшего примат принципа удовольствия в регуляции всего поведения человека. К той же позиции он относит и представителей бихевиоральной традиции, подчеркивавших роль положительного подкрепления как ведущего источника развития и также регулятора поведения. Он отмечает признаки гедонистического подхода и в гуманистической психологии (принцип самоактуализации), и в когнитивной психотерапии (основная цель которой снижение эмоционального дистресса).

   Гедонизм, согласно Б. Слайфу, исключает альтруизм и бескорыстную помощь другому. Ему противостоят, например, представление о депрессии как об имеющей свой особый смысл, а не только как о страдании, боли, которые должны быть ликвидированы. Другими словами, не всегда основной целью терапии должно быть непременное, независимое от обстоятельств «улучшение самочувствия» клиента.

4. *Атомизм.* Эта посылка предполагает, что человек представляет собой набор индивидуальных качеств и потребностей. Ограничение атомизма состоит в невозможности абстрагирования от интерперсонального (семейного, межличностного) контекста и решения проблемы отдельного клиента независимо от его окружения. В логике

классического исследования такое абстрагирование возможно, но при разработке методов практической помощи оно может приводить к потере важного ресурса (например, отказ от работы с дисфункциональной семьей пациента) и поэтому в ряде случаев невозможности оказания эффективной психологической помощи.

5. *Универсализм.* Это принцип современных исследований, базирующийся на трех китах: стандартизация, глобализация, повторяемость. Отсюда возникает противоречие между необходимостью получения универсального знания и изменчивыми, уникальными явлениями и состояниями, с которыми имеет дело психотерапевт в каждом конкретном случае. Преодоление противоречия видится в использовании методологии герменевтики, признании изменчивости предмета психотерапии и учете культурального и жизненного контекста клиента.

С начала 1990-х гг. 12-й отдел Американской психологической ассоциации (Общество клинической психологии) направил значительные усилия на то, чтобы обнаружить «лечение, которое помогает». Членам этого подразделения приходилось сталкиваться с множеством спорных вопросов (например, выбор форм лечения, развитие диагностической системы и др.). Попытки этого комитета выработать критерии эффективности и составить список эффективных форм терапии сталкивались со все возрастающим протестом со стороны исследователей и практикующих психотерапевтов. Высказывалось даже мнение, что подобная попытка может быть расценена скорее как надругательство над психотерапией, нежели ее валидизация, а предложенный эмпирический критерий не только не подходит для оценки психотерапии, но и затрудняет проведение серьезных исследований, подталкивая их в направлении узкой медицинской модели, созданной для изучения эффекта воздействия отдельных препаратов (Bohart et al., 1998).

Подобные изыскания, заявляет другой автор, ограничивают возможности для обучения и лечения и предоставляют слишком много власти третьей стороне – тем, кто оплачивает психотерапию (Henry, 1998).

Отмечается также, что уменьшение разнообразия подходов к лечению и повышение бюрократической составляющей в области психического здоровья вызвано широким распространением руководств по психотерапии, диктующим слишком жесткие технологии работы (Addis, Wade и Hatgis, 1999). Они снижают качество психотерапевтических отношений, снижают удовлетворение от работы, ограничивают новаторство и творчество практикующих психотерапевтов.

В нашей стране на глубокий разрыв между академической наукой и психологической практикой неоднократно указывал Ф.Е. Василюк (2003). Однако в Западной психологии и психотерапии этот разрыв, о котором пишут цитированные выше западные авторы, заключается не в отсутствии интереса исследователей к нуждам и задачам практики, как это долгое время было в нашей стране, а в тенденции привносить методологию исследования психотерапии извне, без достаточно глубокой рефлексии специфики последней как области науки и практики. О неизбежном сопротивлении привнесенным извне методологическим схемам блестяще написали отечественные методологи И.В. Блауберг и Э.Г. Юдин: «Как показывает история науки, познание обычно остается удивительно индифферентным к навязываемой ему извне методологической помощи, особенно в тех случаях, когда эта последняя предлагается в виде детализированного, скрупулезно разработанного регламента» (Блауберг, Юдин, 1973; С.44).

В своем критическом анализе философии натурализма Б. Слайф подчеркивает, что в основе разногласий между практиками и исследователями лежит вопрос об адекватности исследовательских методов, призванных обеспечить эффективную клиническую практику. В условиях страховой медицины представители разных школ психотерапии стремятся обосновать, что их метод лечения отвечает критериям доказательной медицины. Однако одновременно раздаются голоса исследователей и практиков указывающие на ограничения существующих методов оценки эффективности и предупреждающие об опасности сужения возможностей дальнейшего развития психотерапии как метода лечения. Позитивистская парадигма, которая обосновала и укрепила статус психотерапии, как эффективного метода лечения, теперь грозит возможной задержкой ее дальнейшего развития.

Таким образом, можно констатировать столкновение двух парадигм в исследованиях психотерапии – герменевтической и позитивистской, в основе которых лежат разные концептуальные схемы, т.е. разные моделирующие представления о процессе психотерапии, разные теоретические принципы построения исследования и разные процедуры и правила проведения таких исследований.

3.3. Проблема интеграции знаний в психотерапии, как науке неклассического типа

Необходима свободная дискуссия и методологический плюрализм в дальнейшем развитии исследований в области психотерапии (Lambert,

Garfield, Bergin, 2004). На наш взгляд определенный выход из создавшийся ситуации лежит в анализе методологического статуса психотерапии как науки неклассического типа.

Методологический статус психотерапии как неклассической науки

Понятие неклассической науки возникает в связи с пониманием зависимости результатов познания от деятельности человека и, в этом смысле, его относительности, возможности существования разных моделей реальности (Степин, 1976). Претензии классической науки на открытие объективной истины, единственно верного знания были поколеблены вместе с возникновением приборной физики, так как результаты познания оказывались прямо зависимыми от особенностей процедуры исследования и используемых приборов. Для гуманитарных наук эта зависимость не столь очевидна. Однако и там существуют свои приборы, правда, виртуальные, интеллектуальные, в качестве которых выступают теоретические модели реальности, на которые опирается исследователь.

Новый этап в развитии представлений о неклассической науке обусловлен необходимостью синтеза знаний при переходе к решению сложных практических задач, связанных с человеческой деятельностью и требующих комплексного учета различных факторов. Именно перед такими задачами стоит современная психотерапия. Как было показано в предшествующих главах, знания, накопленные в различных направлениях психотерапии, клинической психологии и психиатрии, во многом дополняют друг друга, что остро ставит задачу выработки средств их научно-обоснованной интеграции.

В отечественной психологической традиции линия развития психологии как неклассической науки в своих истоках восходит к Л.С. Выготскому – основателю культурно-исторического подхода к психике. Он указывал на принципиальное отличие психики в качестве предмета изучения от предметов естественных наук, рассматривая человеческую психику как производную от культуры и человеческой деятельности. Л.С. Выготский акцентировал практические, прикладные задачи психологии, обратившись к решению проблем умственной отсталости и аномального развития детей. Такой культурно-исторический практико-ориентированный подход закладывал основание для перехода психологии в принципиально иной методологический статус. Отмечая огромное методологическое значение психотехники, Л.С. Выготский счи-

тал, что психологическая практика должна развивать свою собственную философию, называя ее «методологией психотехники».

Дискуссии о статусе практической психологии, ее отличии от академической, возобновляются на рубеже 1980–1990-х гг., когда в связи со снятием железного занавеса в нашей стране начинает активно развиваться психотерапия; они продолжаются и по сей день (Василюк 2003; Зарецкий с соавт., 2002; Пузырей, 2005).

Для определения методологического статуса психотерапии как неклассической научной дисциплины есть следующие основания. Во-первых, психотерапия определяется как научная дисциплина (Карвасарский, 2000), во-вторых, она находится на стыке различных областей знания, являясь областью прикладной психологии и медицины, в-третьих, представляет собой метод оказания психологической помощи (лечения), т.е. ориентирована на решение практических задач. Наличие указанных особенностей психотерапии, как области знания и практической деятельности, по методологическому статусу сближает ее с другими науками о человеческой деятельности, особенно активно возникающими и развивающимися, начиная со второй половины XX в., и относящимся к наукам неклассического типа таким, как системотехника, эргономика и др. (Мунипов, Алексеев, Семенов, 1979).

Осваивая задачи управления деятельностью (в широком смысле слова), наука не только выстраивает специфические связи с практикой, но и оказывается не в состоянии удержаться в традиционных предметных границах. Способность науки эффективно включаться в решение сложных практических задач предполагает постоянную рефлексию сложившихся методов и технологий осуществления практической деятельности, пересмотр ее оснований, втягивание в свою орбиту новых знаний, в целях совершенствования практики, расширение предметных границ.

Научные дисциплины, развивающиеся в контексте практической деятельности и создающие при этом собственные области знания, в отечественной методологии получили название неклассических. В работах отечественных методологов (Юдин, 1978, 1997; Алексеев, 2002; Горохов, 1987) была предпринята попытка построения предмета неклассической науки на примере инженерной деятельности и такой междисциплинарной отрасли науки и практики, как эргономика (наука, комплексно изучающая деятельность человека с целью повышения эффективности взаимодействия человека с техникой, сохранения здоровья и развития личности).

Такой подход соответствует этапу развития наук о психическом здоровье и его нарушениях, которые стоят перед необходимостью решения сложных практических задач лечения и профилактики психических расстройств, требующих комплексного учета различных факторов.

Была дана обобщенная характеристика современных неклассических наук по ряду параметров (Зарецкий, 1989): объект, цели, деятельность, тенденции развития, структура знания, субъект. Если классические науки изучают устойчивые природные явления и их объект выступает как относительно неизменный, то неклассические науки имеют дело с объектами, меняющимися в процессе деятельности. Так, доминирующие формы психической патологии непрерывно меняются в процессе развития культуры и общества. Неклассические науки, в отличие от классических, изучают объект не ради постижения истины, а ради активного влияния на него; в классических науках доминируют процессы специализации, в неклассических – тенденции к интеграции, к вовлечению в свою сферу все новых знаний и методов из смежных наук. Знание в неклассических науках имеет многослойный характер – это знания об объекте, о методах его исследования и о том, как воздействовать на объект. Субъект классический науки – ученый широко образованный в своей области. Неклассическая наука имеет коллективного субъекта, так как исследования в ее рамках предполагают взаимодействие специалистов из разных областей, которые хорошо знакомы со спецификой деятельности друг друга. Все эти критерии можно отнести к современным наукам о психическом здоровье: клинической психологии, психиатрии и психотерапии (Холмогорова, 2002).

Идея статуса неклассической, практико-ориентированной науки, как особой формы научного знания была четко зафиксирована отечественным методологом Э.Г. Юдиным: «В своем отношении к широко применяемой социальной практике наука продолжает оставаться и всегда останется, поскольку это будет именно наука, такой формой духовного производства, которая вырабатывает и предлагает практике теоретически обоснованные идеальные планы и программы деятельности, независимо от того, выражены ли они в форме теоретических конструкций фундаментальной науки или в инженерно-конструктивных схемах» (Юдин, 1978; С.345).

Важнейшей задачей построения научно-обоснованной психотерапии отдельных расстройств является разработка комплексной модели психической патологии, т.е. изучение и выделение системы психологичес-

ких факторов, лежащих в основе изучаемых форм патологии и выделения на этой основе системы мишеней психотерапии. Это необходимое условие разработки конкретных моделей работы, включающей стратегии (задачи, этапы) и техники, т.е. научно обоснованный план или программу деятельности психотерапевта. *Именно такая цель была поставлена нами в отношении психотерапии расстройств аффективного спектра: интеграция эмпирических и теоретических знаний под углом зрения практической задачи помощи, т.е. разработка теоретических и эмпирических оснований интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.*

Проблема интеграции знаний в современной психотерапии

Спор о возможности и необходимости интеграции знаний является одним из наиболее острых в современной психотерапии. Многие авторы отстаивают теоретическую чистоту различных рассмотренных подходов и отмечают их несовместимость (Лазарус, 2001; Lambert, 1992; Wilson, 1995). Интеграция при этом нередко отождествляется с понятием «эклектика», под которой понимается механическое соединение разных техник, оторванных от своих теоретических корней. Такой взгляд согласуется с нормами классической науки, согласно которым существует одно единственно правильное представление об изучаемом объекте. С этих позиций истинная интеграция, а не эклектика, означает построение новой метатеории, объединяющей все интегрируемые концепции (Arkowitz, 1992; Märtems, Petzold, 1995).

Исследования эффективности различных подходов до 1980–1990 гг. часто демонстрировали их приблизительно равную эффективность при лечении различных психических расстройств (Goldstein, Stein, 1976; Luborsky et al, 1975). Одной из причин этого феномена, на наш взгляд, является тенденция к интеграции. Так, при лечении пациентов, страдающих соматоформными расстройствами психодинамически ориентированные психотерапевты активно задействуют техники когнитивно-бихевиоральной психотерапии – информирование, отработка навыков. Когнитивно-ориентированные психотерапевты все больше обращаются к центральной для психодинамического подхода категории раннего опыта (Guidano, 1988; Liotti, 1988), с которой по соображениям теоретической чистоты отказывались работать бихевиористы, исходившие из принципа ситуативного детерминизма. Таким образом, практики зачастую жертвуют чистотой подхода в поисках оптимальных средств решения конкретных задач. Одной из попыток создания интегратив-

ных теоретических моделей, объединяющей традиционные мишени психодинамического и когнитивно-бихевиорального подхода, является двухуровневая модель когнитивных процессов А. Бека (см. *рис. 2*, Гл. 2.6).

С началом эры метаанализов к исследованиям эффективности предъявляются высокие требования в плане соблюдения определенных правил: рандомизированные выборки, когда встреча больного и психотерапевта носит характер случайного, а не сознательного выбора; выделение системы факторов для оценки эффективности, привлечение независимых экспертов для оценки динамики этих факторов и т.д. В результате в выигрыше оказались те подходы, которые могли доказать свою экономичность и эффективность статистическими количественными показателями.

Данные о сходной эффективности разных подходов привлекли внимание исследователей к параметрам психотерапии (Вид, 1994) и способствовали разработке проблемы интеграции в направлении поиска объединяющих разные подходы так называемых общих факторов эффективности, т.е. независимых от специфики применяемого метода. При такой постановке проблемы задача объединения подходов сводится к учету специфических факторов эффективности, заложенных в каждом из них. В попытках создать всеохватывающую модель эффективности исследователи выделяют разные общие факторы. Примером могут служить разработки И. Вайнбергера (Weinberger, 1995), который выделял следующие неспецифические факторы эффективности психотерапии: терапевтический контакт (рабочий альянс); настрой на успех (часто исключается при исследованиях эффективности, но играет, по мнению автора, большую роль в успехе терапии); конфронтация с проблемами; когнитивный контроль над проблемами; атрибуция успеха и неуспеха, как важный фактор комплаенса, уходов из терапии и ее успешности, в конечном счете. Хотя факторы и описываются как неспецифические, автор явно делает акцент на когнитивной сфере.

Наибольшую известность в европейских странах получили методологические разработки известного швейцарского методолога и эксперта в области психотерапии К. Граве (Grawe, 1998). Обобщив большое число исследований, он выделил следующие неспецифические факторы эффективности психотерапии: 1) направленность на компенсацию специфических дефицитов; 2) прояснение для пациента и изменение дезадаптивных представлений (смыслов) и мотивации; 3) актуализа-

ция и конкретизация проблем в виде нарушений когнитивных и эмоциональных процессов; 4) активизация ресурсов. Первый, третий и четвертый факторы в наибольшей степени учитываются в когнитивно-бихевиоральном подходе, ориентированном на компенсацию конкретных дефицитов и максимальную конкретизацию проблем и ресурсов. Второй фактор, связанный с прояснением бессознательной мотивации, – в психодинамическом. Как подчеркивает К. Граве, научно-обоснованная психотерапия должна содержать мишени и техники, обеспечивающие работу всех четырех неспецифических факторов эффективности. Хотя сам автор претендует на выработку оснований для интеграции подходов, с нашей точки зрения, эти факторы могут быть полезны в виде предельно общих ориентиров построения психотерапевтической работы, вне зависимости от конкретной школы и конкретного контингента. Они не содержат ключа к построению процедуры работы с конкретным расстройством и конкретным клиентом, так как автор идет по пути обобщения подходов, что увеличивает объяснительный потенциал данной концепции, но снижает ее конструктивность – возможность применения на практике, так как высокий уровень обобщения неизбежно приводит к отрыву от конкретной реальности.

В качестве первого из факторов эффективности психотерапии К. Граве называет *направленность на компенсацию дефицитарных способностей, специфических для данной группы расстройств и важных для адаптации*. Однако здесь сразу бросается в глаза определенное противоречие – неспецифический фактор состоит в учете специфики проблемных зон каждого конкретного заболевания у каждого конкретного пациента. Таким образом, неспецифический фактор оборачивается высоким уровнем специфичности, что демонстрирует определенную непродуктивность построения всеохватывающих теоретических моделей.

Начиная с 1980–1990-х гг. широко дискутируется проблема специфических факторов и специфических методов. Так, исследования показывали, что могут существовать различные виды «психологического диатеза» к депрессии, что ставит перед практиками специфические задачи и требует сочетания определенных приемов и методов работы (Bleichmar, 1996). Известный американский исследователь-психоаналитик С. Блатт предпринял попытку выделения таких диатезов в виде двух типов депрессии – анаклитического и интроективного, требующих различных методов лечения (Blatt, Felsen, 1993). Он предположил, что для анаклитического типа, связанного с опытом утрат и проблемой

зависимости в интерперсональных отношениях, больший эффект может быть связан с применением интерперсональной психотерапии Г. Клермана, позаимствовавшей задачи и техники развития социальных навыков из когнитивно-бихевиорального подхода.

Соответственно, для интроективного типа депрессии с высоким уровнем перфекционизма и самокритицизма в качестве более адекватной была рекомендована длительная психодинамическая работа, основанная на прояснении глубинной конкурентной мотивации и потребности в превосходстве. Более поздние исследования не подтвердили валидность выделения этих двух конструктов или типов депрессии: оказалось, что проблемы интерперсональной зависимости и перфекционизма могут тесно переплетаться у одного и того же пациента. Многочисленные уходы пациентов из психотерапии (проблема *drop out*) в большом количестве случаев могут быть связаны с недостаточным учетом специфики различных факторов в каждом конкретном случае.

Подводя итоги анализа проблемы интеграции подходов, понимаемой как синтез знаний о расстройствах и методах оказания помощи, можно выделить следующие возникающие при этом противоречия. Для эффективной практической работы необходимо выделить максимальное количество существенных факторов расстройств. Но поскольку *разные* факторы выделяются в *разных* подходах, построенных на *разных* теоретических основаниях, возникает вопрос, как их связать в единое целое. Путь построения метатеории, т.е. выстраивание некоего обобщенного подхода, ведет к отрыву от реальности и снижению возможности улавливать специфику расстройств в каждом конкретном случае. В то же время фокусировка на специфических дефицитах рассматривается как одно из важнейших условий успешной психотерапевтической работы. Таким образом, построение целостной системной картины объекта (расстройств определенного типа) оказывается либо невозможным, либо неэффективным.

Разрешение этих противоречий, на наш взгляд, возможно, если отказаться от попыток интеграции знаний в объектной плоскости (т.е. не пытаться создавать обобщенную интегральную картину расстройства, в которой бы нашли отражения все разнородные теоретические подходы), и выйти в плоскость психотерапевтического метода. Тогда задача заключается не в том, чтобы увязать между собой различные модели в целостной обобщенной картине расстройства, а в том, чтобы найти способы *интегрировать процедуры психотерапии* при работе с конк-

ретным клиентом. Решение этой задачи не предполагает преодоление теоретической несовместимости подходов, но позволяет, оставляя за рамками деятельности психотерапевта существующие между ними различия, наметить логику работы в каждом конкретном случае с учетом всех существенных для данного конкретного случая факторов.

Как отмечают некоторые современные методологи, задача интеграции может быть продиктована специфическими проблемами данного контингента, для решения которых оптимально совмещение принципов и стратегий различных подходов – так называемая проблемно-ориентированная стратегия интеграции (Хайм с соавт., 1998).

Таким образом, интеграция на практике (в плоскости деятельности психотерапевта) предполагает решение двух взаимосвязанных задач: 1) задачу максимального полного учета и описания различных психологических факторов расстройств аффективного спектра, чтобы в каждом конкретном случае был возможен учет их специфики, и 2) выстраивание последовательности этапов и задач психотерапевтической работы с учетом этих факторов и специфики их взаимосвязи в каждом конкретном случае.

Ранее было показано, что представители разных школ акцентируют разные факторы и дефициты расстройств аффективного спектра (см. Гл. 2). Их объединение в определенную систему в рамках единой многофакторной модели предполагает следование определенным принципам или требованиям: 1) *полнота описания* факторов – достаточно полное их вычленение на основе анализа различных теоретических моделей, которые представляют собой частичные проекции реальности; 2) *комплексность* – увязывание этих факторов в определенные блоки; 3) *системность* – описание этих блоков, как связанных между собой уровней системы сложного взаимодействия факторов возникновения и течения расстройств аффективного спектра. Выполнению первого требования была посвящена Гл. 2, где были рассмотрены разные психологические модели и методы лечения расстройств аффективного спектра, которые важно учитывать при разработке интегративных моделей психотерапии. Следующим шагом является объединение различных представлений о психологических факторах расстройств аффективного спектра на основе второго принципа в единой многофакторной модели. Рассмотрение факторов в виде системы, а не простого набора переменных предполагает проведение комплексного эмпирического исследования, учитывающего все наиболее важные из выделенных факторов, с целью проверки их эм-

пирической обоснованности и выделения способов их связи между собой. Поэтому следование третьему принципу – принципу системности – предполагает проведение комплексного эмпирического исследования на основе разработанной многофакторной модели, изложению результатов которого полностью посвящен Раздел II.

В Разделе III результаты проведенного теоретического анализа и эмпирического исследования оформляются в *систему мишеней психотерапии, которая в* соответствии с нормами неклассической науки трансформируется в *последовательность задач, решаемых в ходе терапии расстройств аффективного спектра, и представлений о новообразованиях, которые являются необходимой базой для перехода от одной задачи к другой.* Эта последовательность задач не является универсальной для всех расстройств аффективного спектра, она может значительно варьировать в зависимости от типа расстройства и индивидуального случая, при этом те или иные задачи могут выходить на первый план или являться необходимой базой для решения других задач. Основой интеграции на этом этапе служит *проект деятельности психотерапевта, в котором максимально учтены возможные специфические и неспецифические факторы расстройств аффективного спектра, определены мишени, отражающие их взаимосвязь, и сформулированы задачи работы, соответствующие специфике конкретного случая* (примеры таких проектов буду представлены в Гл. 10.4).

Таким образом, процедура интеграции походов в неклассической науке включает три этапа. I. Максимально полное описание комплекса факторов важных для решения практической задачи, в данном случае психотерапии расстройств аффективного спектра. II. Исследование их системных взаимосвязей и вычленение системы мишеней психотерапии. III. Трансформация системы мишеней в последовательность этапов и задач, которая определяется спецификой конкретного расстройства у конкретного пациента.

3.4. Многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза теоретических моделей и систематизации эмпирических исследований

Тенденция к сближению различных направлений психотерапии (см. табл. 2, Гл. 2.6) и разрабатываемых в них теоретических моделей расстройств аффективного спектра является важной основой для их интеграции (Norcross, 1995). Практически все исследователи в настоящее

время отмечают важную роль раннего опыта и семейных факторов в происхождении этих расстройств: травматический опыт беспомощности, семейные дисфункции в виде низкого уровня принятия и тепла со стороны родителей, их собственное эмоциональное неблагополучие. Однако наибольший опыт работы с травматическим семейным опытом накоплен в психодинамической традиции, а в системной семейной психотерапии наиболее полно описаны различные семейные дисфункции, способствующие эмоциональным нарушениям. В понимании личностных факторов также происходит определенное сближение разных направлений, подчеркивающих незрелость и ригидность когнитивных структур, преобладание негативных представлений о себе, в сочетании с нереалистичными стандартами и недоверием к людям, как типичные личностные особенности пациентов с расстройствами аффективного спектра.

Предлагаемая модель (Холмогорова, 2006; Холмогорова, Гаранян, 1998 а) рассматривает социально-психологические факторы, систематизируя их в блоки разного уровня – ***макросоциального (культурального), семейного, личностного и интерперсонального***. Предполагается, что ряд ценностей современной *культуры – культ успеха и благополучия, культ рацио и сдержанности* являются одними из важнейших психологических факторов эмоционального неблагополучия. Трансляция этих социо-культуральных установок в семейную среду порождает *особый стиль семейного взаимодействия с крайне высоким уровнем требований к детям и частой критикой в их адрес*, что нередко совмещается с запретом на проявление негативных чувств со стороны детей. На уровне индивидуального сознания культуральные стереотипы и семейная идеология трансформируются в *такие личностные черты как перфекционизм и враждебность, высокий уровень запрета на открытое выражение чувств*. Эти личностные установки, в свою очередь, приводят к *снижению уровня социальной поддержки*, сужению социальной сети, одиночеству. Макросоциальные стрессы также рассматриваются как важный фактор риска расстройств аффективного спектра. *Социально-экономические потрясения* прямо сказываются на функционировании семей, снижают возможности их адаптации, приводят к различным стрессогенным событиям в виде лишений, потерь, трудностей выживания и даже распада семей.

В табл. 3 приводятся результаты обобщения теоретического анализа различных моделей расстройств аффективного спектра в разных тра-

Таблица 3

Многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний

Уровни анализа	***Факторы расстройств аффективного спектра***	***Традиции психотерапии и клинической психологии***
Макросоциальный	Патогенные и конфликтные ценности современной культуры	Социальный психоанализ (К. Хорни, Э. Фромм)
Семейный	Травматический опыт; Ненадежная привязанность; Дисфункции семейной системы	Психодинамическая (З. Фрейд); Теория привязанности Д. Боулби; Системно ориентированная семейная (С. Минухин, М. Боуэн)
Личностный	Негативное мышление, дисфункциональные убеждения; Негативная Я-концеция, отказ от ответственности; Вытесненная агрессия, негативная самооценка, алекситимия; Нарушения рефлексивной регуляции мышления и поведения	Когнитивно-бихевиоральная (А. Бек, А. Эллис); Экзистенциально-гуманистическая (К. Роджерс, Р. Мэй); Психодинамическая (К. Абрахам, З. Фрейд, Д. Якобсон, П. Сифнеос); Исследования мышления в московской школе (Н.Г. Алексеев, В.К. Зарецкий, Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова)
Интерперсональный	Неспособность к кооперации; Деструктивные стратегии межличностных отношений; Коммуникативные дисфункции, дефицит социальных навыков; Дефицит осознанности, активности и избирательности в отношениях	Индивидуальная психология А. Адлера Социальный психоанализ (Г. Салливен, К. Хорни); Интерперсональная психотерапия Г. Клермана; Психология отношений В.Н. Мясищева, личностно-реконструктивная психотерапия Б.Д.Карвасарского с соавт.

дициях, выделены те уровни и факторы, на которых преимущественно концентрировали свое внимание различные традиции клинической психологии и психотерапии (подробнее см. Гл. 2).

Таким образом, описанная многофакторная психосоциальная модель позволяет интегрировать разные психотерапевтические подходы и обобщить данные многочисленных эмпирических исследований факторов депрессивных. тревожных и соматоформных расстройств (см. подробнее Гл.4).

3.5. Четырех-аспектная модель семейной системы как средство синтеза теоретических моделей и систематизации эмпирических исследований

Как видно из теоретического анализа концепций и его обобщения в многофакторной модели в качестве одного из центральных выступает блок факторов семейного уровня. Обобщение многочисленных данных

теоретических и эмпирических исследований роли семьи в возникновении расстройств аффективного спектра требует специальных теоретико-методологических средств в силу разнообразия семейных дисфункций и аспектов анализа семьи. Наиболее эффективным и отвечающим требованиям современной методологии является системный подход к анализу семьи, развитый и последовательно реализованный в рамках системно ориентированной семейной психотерапии, где проблема нормы и патологии рассматривается не применительно к отдельному индивиду, а ко всему семейному контексту или семейной системе (Боуэн, 2005; Варга, 2001; Черников, 1997; Эйдемиллер, Юстицкис, 2000). Соответственно, патология членов семьи выводится из патологии семейной системы, а в качестве условия выздоровления рассматривается изменение всей системы – перестройка и освобождение семьи от разного рода дисфункций.

Обобщенно разработки этой традиции можно представить в виде четырех-аспектной модели семейной системы, включающей: *1) структуру; 2) микродинамику (функционирование); 3) макродинамику (семейную историю или эволюцию) и 4) идеологию (основные семейные ценности, нормы и правила)* (Холмогорова, 1999, 2002 а, б; Холмогорова, Воликова, Полкунова, 2005). Данная модель позволяет синтезировать самые разные знания о семейных факторах расстройств аффективного спектра, накопленные в теоретических и эмпирических исследованиях. Рассмотрим подробнее каждый из выделенных четырех аспектов.

Структура семьи

В семье всегда существует большая или меньшая близость между членами семьи, а также определенное распределение власти и влияния, которые характеризуют структуру семьи. В системно ориентированной психотерапии важнейшими понятиями, служащими для описания семейной структуры являются понятия *связи, иерархии, подсистем и границ*. Ниже раскрыто содержание основных понятий, описывающих структурный аспект семейной системы.

Связь можно определить как психологическое расстояние между членами семьи. В качестве двух основных дисфункций связи большинство исследователей выделяло: а) *симбиоз* (слишком близкая связь, мешающая автономному развитию и функционированию членов семьи); б) *разобщенность* (отсутствие эмоционального контакта и доверия). Вслед за М. Боуэном принято говорить о степени *дифференцированности* семьи – степени *автономности* каждого из ее членов.

Иерархия характеризует отношения доминантности – подчинения в семье. Ими особенно много занимался Дж. Хейли, считая, что основу семьи составляет эффективное распределение власти. М. Боуэн в свое время показал, что в дисфункциональных семьях власть часто узурпируется одним из родителей, при слабой фигуре другого родителя и наличии зависимого от сильного родителя ребенка. Иерархия может быть низкой, умеренной и высокой. Наиболее оптимально, когда иерархия и близость умеренны и сбалансированы. Мать, которой не удается наладить отношения с мужем и получать от него достаточно тепла, излишне приближает к себе ребенка, мешая его взрослению и автономии. В такой дисфункциональной семье может происходить *инверсия иерархии* – ребенок приобретает слишком много власти, больше, чем у одного из родителей.

Другой важной переменной, характеризующей структуру семейной системы, является понятие *подсистемы* – более мелких систем внутри целостной семейной системы. Можно выделить следующие типы подсистем: *родительская, детская и прародительская*. Для российской культуры характерно совместное проживание двух, трех поколений, что делает понятие подсистем особенно важным.

Подсистемы характеризуются более или менее четкими *внутренними границами* или большей или меньшей степенью дифференцированности. Недостаточно четкие внутренние границы тормозят развитие семьи и взросление ее членов. *Коалиции* или объединения между членами разных подсистем (например, мать с ребенком против отца) ведут к нарушению внутренних границ и особенно характерны для дисфункциональных семей. Коалиции, как правило, предполагают наличие *триангуляции* – использование третьего для решения конфликта между двумя другими членами. Так, плохое поведение ребенка, может временно сплачивать разобщенных родителей, удерживая их от развода, что ведет к косвенному подкреплению такого поведения.

Наконец, семейная структура характеризуется *внешними границами* – степенью открытости семейной системы для контактов с внешним миром. Слишком открытые семейные системы похожи на проходной двор, куда в любую минуту могут вторгнутся извне. Они не дают членам семьи чувства комфорта и безопасности. Но не менее опасной является чрезмерная закрытость системы. Закрытость, как правило, ведет к страху перед внешним миром, отсутствию навыков общения с другими людьми, повышенной тревожности.

Таким образом, обобщенно представление о структуре семейной системы в рамках системно ориентированной семейной психотерапии можно представить как квазипространственный срез семейной системы, фиксирующий расположение членов по отношению к друг другу по гори-

зонтали (близость, коалиции, внутренние границы) и по вертикали (иерархия, инверсия иерархии), а также по отношению к внешнему миру (внешние границы). Отсутствие сбалансированности – чрезмерно тесные или отдаленные связи, чрезмерно высокая или низкая иерархия, чрезмерно открытые или закрытые границы – рассматриваются как признак семейной дисфункции или патологии. Представление о семейной патологии как патологии структуры активно разрабатывалось в структурной психотерапии С. Минухина (Минухин, Фишман, 1998).

Микродинамика

С точки зрения системного подхода любое действне человека коммуникативно и несет ту или иную информацию для других членов семейной системы. Эта информация может циркулировать открыто и обсуждаться членами семьи, а может носить скрытый характер. В ней могут преобладать тепло и поддержка, с которыми связаны позитивные эмоции, или критика и другие формы *индуцирования негативных эмоций.* В процессе коммуникации складываются устойчивые *паттерны взаимодействия* и *семейные роли* каждого из членов. Эти паттерны и эти роли могут быть достаточно гибкими и способствовать обогащению опыта и развитию каждого из членов, но если роли «прирастают», не соответствуют опыту и возможностям, а паттерны взаимодействия ригидны и не учитывают меняющихся обстоятельств, то такая семейная дисфункция может вести к психическим нарушениям у членов семьи. Важной характеристикой микродинамики является наличие *метакоммуникаций* – коммуникативных процессов, направленных на осмысление, рефлексию того, что происходит между членами семьи. Ниже приведены основные понятия, важные для диагностики и исследования семейной системы в аспекте микродинамики.

Семейные роли – устойчивые функции, закрепленные за каждым из ее членов. Роли могут быть дисфункиональными – роль жертвы, тирана и т.д. Серьезную опасность представляет собой делегирование роли взрослого ребенку, что очень типично для семей с проблемой алкоголизации. Мама спасает папу и страдает, а ребенок ставится перед необходимостью быть маминой «опорой» – поддерживать ее, не огорчать проблемами, скрывая свои детские трудности и слезы. Нередко при этом ребенок используется (триангулируется) матерью для решения проблем между супругами: выдвигается как щит во время пьяных скандалов, в надежде, что отец пожалеет его, делегируется для переговоров с отцом на следующее утро, чтобы вразумить и разжалобить его и т.д.

Паттерны взаимодействия – вытекающие из ролей устойчивые коммуникативные стереотипы: ссоры, конфликты, обиды, высмеивание, унижение и т.д. В семьях, где много непонятного раздражения и обид нередко выражен паттерн обесценивания, когда во внешне корректной форме один дает понять другому, что его мнения и действия не имеют никакой ценности.

Циркулирование информации в семейной системе может быть эффективным – ясным, открытым и полным, или же дисфункциональным – противоречивым и фрагментарным, например, взаимоисключающие послания по типу *двойной связи,* или же неполным – наличие *семейных секретов*. Типичным примером такого секрета является сокрытие информации от тяжело больного члена семьи, когда вся семья вовлекается в фальшивые тягостные коммуникации, которые еще больше увеличивают тревогу и депрессию, как у самого больного, так и у других членов семьи. Или другой пример – женщина, у которой удалили молочную железу, постоянно страдает от тяжелых предчувствий возможного продолжения болезни. Муж видит, как она страдает, но, по молчаливому согласию, они не говорят о неприятном, у обоих растет чувство изоляции, одиночества, безысходности. В результате оба оказываются на грани тяжелой депрессии.

Стиль эмоциональной коммуникации характеризуется соотношениями положительных и отрицательных эмоций, критики и похвалы в адрес друг друга, возможен также запрет на открытое выражение чувств. В исследованиях показана его важная роль в психическом здоровье и течении заболеваиий. Так, надежным предиктором неблагоприятного течения депрессии у женщины служит ее утвердительный ответ на вопрос: «Часто ли Вас критикует Ваш муж?».

Парадоксальные коммуникации и двойная связь – крайне разрушительными для психического здоровья являются коммуникации, содержащие взаимио противоречивые послания. В сочетании с запретом на обсуждение этих противоречий или метакоммуникацию они были описаны Г. Бейтсоном и его коллегами из Пало-Альто как двойная связь или двойной зажим (double bind.)

Метакоммуникация – процессы совместного обсуждения и осмысления того, что происходит между членами семьи. Особенно важная характеристика микродинамики как для развития системы, так и для развития ее членов. Нередко дисфункциональные семьи, приходящие на психотерапию, впервые собираются вместе для того, чтобы обсудить проблему. Они с удивлением слушают друг друга и узнают много интересного о мыслях и чувствах своих родственников, хотя много лет живут с ними под одной крышей. Только после того, как каждый высказывает свой взгляд на проблему становится возможным диалог – метакомму-

никация, направленная на обсуждение того, что происходит с членами семьи, на поиск точек соприкосновения. Когда двое молодых супругов, пришедших из разного семейного контекста, начинают жить вместе, нередко крушение происходит из-за отсутствия метакоммуникации вследствие распространенного мифа: «Если любит, должен догадаться, понять без слов» или представления: «Главное, что мы любим друг друга, а все остальное сложится само собой».

Таким образом, ядром представлений о микродинамике или функционировании семьи в системно ориентированной семейной психотерапии является положение о непрерывном процессе обмена информацией, который характеризуется степенью открытости, доступности для совместного анализа, определенным эмоциональным фоном и типичными позициями (ролями) и действиями членов семьи по отношению друг к другу (паттернами взаимодействия). Высокий уровень отрицательных эмоций, запрет на открытое выражение чувств и свободный обмен информацией, а также отсутствие сознательного управления процессом через метакоммуникацию являются проявлениями патологии семейной системы. Моделирующее представление о патологии семейной системы как патологии коммуникативного процесса было впервые предложено и активно разрабатывалось группой из Пало-Альто (Бейтсон с соавт., 1993).

Макродинамика

Изучение семейной истории или эволюции семейной системы было начато М. Боуэном (Боуэн, 2005), которому удалось показать, что в семейной истории может происходить накопление дисфункциональных паттернов – их усиление из поколения в поколения, что, в конце концов, приводит к патологии ее членов. Эти наблюдения были развиты и зафиксированы в его концепции *трансмиссии.* Так, миф об исключительности и избранности семьи (см. ниже рубрику «Семейная идеология») может играть роль компенсаторной стратегии в первом поколении, когда желание возвыситься является реакцией на прошлые проблемы и актуализирует мощную, но реалистичную мотивацию достижения. Однако в следующих поколениях этот миф, все больше превращаясь в оторванную от реальности базовую семейную ценность («Мы должны быть лучшими всегда и везде»), может приводить к патологическому перфекционизму, непродуктивности, депрессивным и тревожным состояниям. Ниже приводятся основные понятия, важные для исследования нарушений семейной системы в аспекте макродинамики.

От идеи трансмиссии берет свое начало понятие *семейного сценария* – устойчивых паттернов микродинамики и структурной организации, повторяющихся из поколения в поколение. Один из типичных сценариев российской семьи – пьющие мужья и «спасающие» их жены.

Каждая семья проходит через определенные *циклы развития* – этапы развития, ставящие новые задачи перед семейной системой. Понятие цикла является одним из самых важных для характеристики макродинамики и для адекватной постановки задач работы с семьей. Так, на этапе вырастания детей (цикл «пустого гнезда») важно помочь семье пройти через сепарацию, детям обрести бóльшую автономию, а родителям ослабить контроль, позволить взять больше ответственности детям, а самим найти для себя новое содержательное наполнение жизни вместо того, которое было связано с заботой о детях, теперь уже выросших. Если по каким-то причинам это не получается, то вся семья оказывается в кризисе. Например, мать начинает жаловаться на здоровье, плохое настроение, у детей тоже могут быть соматические симптомы и симптомы депрессии. Российские семьи испытывают большие трудности на этом этапе из-за традиционной слабости супружеской подсистемы и преобладанию семейных систем, центрированных на детях. С вырастанием детей супруги теряют смысл совместного проживания, что может приводить к изменам, полному уходу в работу, депрессиям и т.д.

В процессе *эволюции семейной системы* меняются обстоятельства, число членов семьи, их возраст. В связи с этим происходят изменения в иерархии (например, взрослые дети получают больше власти, у стареющих родителей становится ее меньше), распределении ролей. Возможны кризисные ситуации такие, как смерть, болезнь, которые также требует гибкой перестройки все семейной системы.

Травматические события семейной истории. Особо следует подчеркнуть негативное влияние травматического опыта на психическое здоровье членов семьи. Ранние смерти, тяжелые болезни, несчастные случаи, войны, репрессии, затронувшие семью, могут способствовать росту уровня тревоги у ее членов, выработке неадекватных способов совладания со стрессом – повышенный контроль, закрытые границы, симбиотические отношения и т.д. Все это способствует появлению разных форм психической патологии.

Неизбежные трудности, связанные с каждым циклом, вызывает *сопротивление* семейной системы тем изменениям, которые являются необходимыми с точки зрения решения задач нового цикла. Потребность семьи сохранить привычный стиль взаимоотношений (стремление системы к равновесию, гомеостазу) провоцирует сопротивление, которое необходимо преодолеть психотерапевту, чтобы помочь семье. Каждая семья имеет большие или меньшие *ресурсы для изменений*, которые необхо-

димо вскрыть психотерапевту. Ресурсы – это сильные, здоровые стороны семьи, например, такие, как возможность открытого обсуждения проблемы, искреннего выражения чувств и т.д. Главным ресурсом является любовь и искренняя заинтересованность друг в друге.

Таким образом, макродинамика семейной системы – это процесс, сопровождающийся систематической и неизбежной перестройкой ее структуры и микродинамики в связи с меняющимися обстоятельствами, взрослением, старением, уходом и рождением членов семьи. Ресурсы системы, необходимые для своевременной перестройки, могут быть подорваны в результате большого числа травматических событий, тогда возникает высокий риск психологических проблемы и психических расстройств у ее членов. Болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов рассматриваются при этом как дисфункциональный способ стабилизации системы. Представление о патологии семейной системы как процессе накопления и усиления дисфункций от поколения к поколению было предложено и разрабатывалось М. Боуэном.

Семейная идеология

Семейная идеология – важнейшая основа жизни семьи. Она включает семейные нормы и правила, регламентирующие стиль жизни и отношения между членами. Они могут касаться как режима дня, так и возможности открытого выражения чувств. Эти нормы и правила могут способствовать развитию, а могут приводит к дезадаптации, если ведут к росту враждебности и недоверия к людям или трудностям в выражении чувств и получения взаимной поддержки. Ниже приводятся наиболее важные понятия, характеризующие семейную систему в аспекте идеологии.

Правила – это то, что позволяет членам семьи ориентироваться в реальности, придает устойчивость системе, когда каждый ее член знает свои права и обязанности. Это также важное условие эффективности функционирования системы. Нередко именно дефицит правил становится главным источником обид и конфликтов. Самый распространенный пример – мать, которая жалуется на то, что дети и муж мало помогают ей и отказываются выполнять ее просьбы. В таких семьях всегда отсутствуют четкие правила, регулирующие обязанности, и принятые всеми членами семьи. Правила могут касаться разных сфер жизни семьи, в том числе эмоционального поведения, что особенно важно в контексте данной работы. Они регламентируют характер эмоциональных коммуникаций в семье (возможности открытого выражения чувств или, напро-

тив сдержанность), они также касаются построения интерперсональных отношений с другими людьми (возможности доверять им и делиться своими проблемами).

Делегирование требований и ожиданий в семье может быть очень разрушительным, если требования, выдвигаемые, например, родителями, противоречивы и несогласованы. Это делает невозможным их интеграцию, ведет к внутренним конфликтам и противоречиям в развитии. Делегирование родителями своих неосуществленных планов в виде жизненных целей детям может тормозить их самоактуализацию – осознание и исполнение собственных желаний и потребностей, а, в конечном счете, приводить к депрессивным состояниям.

Мифы – семейные концепции, легенды и верования, касающиеся семейной истории. Например, во многих семьях, где доминируют женщины, бытует миф о природной порочности мужчин, о том, что им нельзя доверять. Женщины из этих семей могут испытывать значительные трудности в установлении отношений с противоположным полом.

Семейные ценности – то, что открыто одобряется и культивируется. Ценность успеха и достижений, если она выражена, чрезмерна, может вести к перфекционизму у ее членов – очень высоким стандартам жизни и деятельности. Такого рода семейные ценности, если они определяют жизнь семьи, создают высокий риск развития депрессии у ее членов. В этом случае именно ценности становятся важнейшей мишенью в работе с семьей.

Традиции и ритуалы – повторяющиеся узаконенные действия, имеющие символический смысл. Это очень важный фактор стабилизации системы, как бы опорные элементы, укрепляющие ее, и редуцирующие тревогу ее членов. Семейным ритуалом может быть совместный завтрак или совместный воскресный обед. Семьи с дефицитом традиций и ритуалов, как правило, разобщены, а члены этих семей страдают от изоляции и тревоги. Терапевту в этих случаях приходится совместно с семьей создавать этот важнейший элемент функционирования системы. Наблюдения психотерапевтов показывают, что смерть одного из членов семьи может приводить к серьезным последствиям для здоровья других членов в тех семьях, где отсутствуют ритуалы совместного горевания, оплакивания, поминания и т.д. Важным для здоровья членов семьи является правило обсуждать и пересматривать правила, если они оказываются неэффективными и не помогают семье решать встающие перед ней проблемы. Без такого «правила о правилах» невозможны процессы метакоммуникации, необходимые для согласованной перестройки семейной системы.

Итак, семейная идеология во многом определяет структуру, динамику и макродинамику семейной системы. Например, правило, запрещающее метакоммуникацию, является разрушительным для системы и для психического здоровья ее членов, т.к. не позволяет регулировать струк-

туру и динамику осознанным и согласованным образом. Если убеждения членов семьи слишком различны и им не удается договориться об общих правилах и нормах, то семейная система не может эффективно функционировать, постоянно возникающие конфликты могут приводить к болезням у ее членов. Моделирующее представление о патологии семьи как несогласованности правил и убеждений лежит в основе когнитивно-бихевиорального подхода к семейной патологии (Epstein et al., 1988).

Таким образом, все четыре рассмотренных аспекта очень тесно переплетены между собой. Например, введению правил, может препятствовать отсутствие их в прежних поколениях (макродинамика), а также отсутствие навыка метакоммуникации в семье (микродинамика). Поэтому психотерапевтическая работа с семьей предполагает учет всех этих параметров в их взаимосвязи. В табл. 4 приведены основные понятия системно ориентированной семейной психотерапии, систематизированные в соответствии с четырьмя выделенными аспектами семейной системы.

***

На основании проведенного теоретико-методологического анализа можно сделать следующие **выводы:**

1. Основным средством синтеза знаний в науках о психическом здоровье на современном этапе служат биопсихосоциальные модели. Доминирование этих моделей отражает процесс перехода наук о психическом здоровье в статус неклассических научных дисциплин, направленных на решение сложных, комплексных практических задач, которое возможно только благодаря совместным усилиям полипрофессиональных бригад. Реорганизация научных исследований на основе системных моделей сопровождается процессом фундаментального реформирования службы психического здоровья, который находит отражение в ряде тенденций (Краснов, 2001 б): *от профессиональной самодостаточности к полипрофессиональному взаимодействию, от врача-психиатра к специалистам по психическому здоровью, от внутрибольничной работы к «полевой» работе, сочетающей организационную и просветительскую деятельность*. Современные системные биопсихосоциальные исследования подтверждают сложную многофакторную природу расстройств аффективного спектра и необходи-

Таблица 4

Понятийный аппарат системно-ориентированной психотерапии (на основе четырех-аспектной модели)

Семейная структура	***Семейная микродинамика***	***Семейная макродинамика***	***Семейная идеология***
Связь *Типы:* сверх-включенность, разобщенность; Дифференцированность; Коалиции **Иерархия** *Типы:* низкая, высокая, умеренная; Инверсия иерархии **Подсистемы** *Типы:* родительская, детская, прародительская **Границы:** *Типы:* внутренние, внешние, открытые, закрытые	**Семейные роли** Смешение ролей; Ролевая гибкость **Стереотипы взаимодействия** Частота конфликтов; Степень контроля **Циркулирование информации** Семейные секреты **Стиль эмоциональной коммуникации** Уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств, парадоксальные коммуникации **Метакоммуникация** **Триангуляция**	**Семейная история или эволюция** Семейный сценарий; Цикл развития семьи **Изменения** Сопротивление изменениям; Ресурсы для изменений; Трансмиссия **Травматические события семейной истории** Ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы войн и репрессий, физическое насилие, разводы и т.д.	**Семейные правила** Открытые; Скрытые; Правила о правлах **Требования и ожидания** Согласованные, несогласованные **Мифы** **Семейные нормы ценности, верования и убеждения** **Традиции, ритуалы** **Культуральный контекст семейной системы**

мость их комплексного лечения, сочетающего психофармакологические и психотерапевтические методы.

2. Средствами синтеза знаний в неклассических научных дисциплинах становятся не всеохватывающие метатеории, а системные модели, объединяющие по определенному принципу накопленные в разных областях науки или в разных школах знания, необходимые для решения практических задач (Швырев, 1995). Это позволяет выстроить последовательность задач с учетом тех новообразований, которые необходимы для решения каждой последующей задачи. В качестве средств, позволяющих систематизировать накопленные знания, провести необходимые дополнительные исследования и выделить систему мишеней психотерапии расстройств аффективного спектра, в данном исследовании выступают *многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра и четырех-аспектная модель семейной системы.* Вы-

деленная система мишеней должна быть переформулирована в конкретные задачи психотерапии, логика или последовательность решения которых определяет основные этапы интегративной психотерапии.

3. В опоре на представления о неклассических науках была предпринята попытка наметить пути выхода из конфликта между позитивистски и герменевтически ориентированными методологиями исследования в психотерапии и разработать принципы построения и исследования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Анализ различных теоретических моделей, систематизация и проведение эмпирических исследований, основанных на принципах доказательности, позволяет вычленить и детально изучить различные факторы, вносящие вклад в возникновение и течение этих расстройств и наметить систему мишеней психологической помощи. Эта система знаний, отражающая опыт, накопленный за долгие годы различными исследователями и практиками, служит основой для построения индивидуального для каждого конкретного случая маршрута. Основные итоги исследований факторов эффективности психотерапии за последние десятилетия, а также результаты оригинального эмпирического исследования факторов эффективности предложенной модели интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра будут рассмотрены в Разделе III.

Глава 4
Систематизация эмпирических исследований расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психосоциальной модели

Эмпирические исследования расстройств аффективного спектра весьма многочисленны и нуждаются в адекватных средствах систематизации. В качестве такого средства в данном исследовании выступает *многофакторная психосоциальная модель, включающая макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы.*

4.1. Макросоциальные факторы

Социо-демографические и социально-экономические факторы

Роль таких факторов риска, как социальное положение, пол, образование выявляется в популяционных эпидемиологических исследованиях. Например, повышает риск по расстройствам аффективного спектра принадлежность к женскому полу, невысокий уровень образования и социально-экономического статуса (Любов, Саркисян, 2006; Wittchen, 2005).

К социальным факторам соматизации можно отнести вторичные выгоды, получение внимания и помощи, которые связаны в нашей культуре с наличием соматического заболевания гораздо в большей степени, чем с наличием психического расстройства. Стигматизация, связанная с психическим расстройством, делает психологические жалобы условно нежелательными. Социально-психологические модели исходят из того, что в нашей культуре соматические симптомы могут выступать в качестве способа коммуникации и построения межличностных отношений. Принятие роли пациента позволяет избежать дополнительных нагрузок, дает право на определенные льготы, поэтому больные с подобной, пусть бессознательной мотивацией, могут быть очень фрустрированы благоприятными результатами обследования и вступать по этому поводу в конфликты с врачами, настаивая на дальнейших обследованиях и праве на помощь. Таким образом, здесь в качестве мак-

росоциальных факторов соматизации могут выступать вторичная выгода и социальное подкрепление (Uexkuel, 1996; Rief, Hiller, 1998).

Начиная с 1980-х гг. в нашей стране идет процесс бурных социально-экономических изменений, который привел к выраженному расслоению общества. Мощным макросоциальным фактором расстройств аффективного спектра стало социальное сиротство, волна которого буквально захлестнула Россию и не спадает до сих пор (Материалы ВОЗ, 2001; Волошин с соавт., 2001). В классической работе Д. Брауна и Т. Харриса (1978) было показано, что у девочек, потерявших мать до 11 лет, в три раза повышается риск развития депрессивного расстройства. В настоящее время в России только по данным официальной статистики насчитывается более 700 тыс детей-сирот. Подавляющее большинство из них (более 90%) сироты при живых родителях. Основная причина распада семей – алкоголизация. Дети из этих семей переживают многочисленные травмы в виде жесткого обращения, насилия, потерь, нередко они становятся свидетелями драк и даже убийств. *Очевидно, что дети из неблагополучных семей и дети, лишенные родительского попечительства, представляют собой одну из основных групп риска по девиантному поведению и различным психическим отклонениям, в том числе расстройствам аффективного спектра* (Дозорцева, 2006; Коробейников, 1997; Лангмейер, Матейчик, 1984; Ослон, 2002; Ослон, Холмогорова, 2001 а, б; Пищулина и соавт. 2004; Прихожан, Толстых, 2005; Bowlby, 1951, 1980).

В фундаментальном исследовании И.А. Коробейникова был проведен сравнительный анализ умственного развития и уровня социализации детей с легкой степенью недостаточности ЦНС и проблемами школьной адаптации, обучавшихся: 1) в массовой школе; 2) в школе-интернате для детей, имеющих полную или неполную семью; 3) а также в школе-интернате для детей, лишенных родительского попечительства, т.е. лишенных связей с семьей. Исследователь делает вывод о том, что «наиболее тяжелые нарушения и искажения психосоциального развития отмечаются у детей, <...>лишенных родительской опеки и интернированных в детские учреждения закрытого типа, где под влиянием тотальной и жесткой психической депривации формируются специфические механизмы адаптивного поведения, не согласующиеся с нормами адаптации, сложившимися в обществе» (Коробейников, 1997; С.35).

Семейные формы жизнеустройства сирот в России развиты недостаточно, хотя необходимость замещающей семейной заботы для психи-

ческого здоровья детей доказана многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями (Зарецкий с соавт., 2002; Осипова, 2009; Ослон, 2002; Ослон, Холмогорова, 2001 а, б; Bowlby, 1951; Kadushin, 1978; Tobis, 1999). Первое отечественное исследование по изучению условий интеграции ребенка-сироты в замещающую семью было проведено под нашим руководством В.Н. Ослон (2002). Она зафиксировала *положительную динамику эмоционального состояния подавляющего числа детей, переведенных из детского дома в замещающую семью, что еще раз свидетельствует о крайней важности семьи и семейных отношений в эмоциональном благополучии ребенка.* Учитывая, что семейные травмы, полученные в детстве, являются доказанным фактором риска по возникновению расстройств аффективного спектра у взрослых, профилактика сиротства, семейное жизнеустройство детей-сирот и помощь ребенку в переработке травматического опыта в неблагополучной семье являются важными задачами профилактики расстройств аффективного спектра не только у детей, но и у взрослых.

В связи со сказанным актуальным представляется исследование распространенности эмоциональных нарушений в детской и молодежной популяции с помощью современных диагностических инструментов, подтвердивших свою надежность, а также сравнительное исследование выраженности эмоциональных нарушений у детей из относительно благополучных семей, детей из социально неблагополучных семей, но проживающих с родителями, и детей-социальных сирот, проживающих в государственных учреждениях.

Культуральные нормы и ценности

Остановимся подробнее на таком макросоциальном факторе риска как культуральные нормы и ценности. Их наиболее надежно выявляют кросскультурные исследования, сопоставляющие распространенность тех или иных расстройств в культурах с разными традициями и ценностями.

Пионерскую роль в установлении связи между доминирующими в обществе ценностями и психической патологией сыграли работы представителей школы социального психоанализа, прежде всего К. Хорни, указавшей на вклад патогенных ценностей и установок культуры в формирование «невротической личности нашего времени». Современные эмпирические кросскультурные исследования подтверждают это положение: число депрессивных нарушений выше в тех культурах, где особо значимы индивидуальные достижения и успех, а также культ совер-

шенства – соответствие самым высоким стандартам и образцам. Эти исследования проводились на группах, относящихся к одному этносу (т.е. имеющих общие биологические корни), но проживающих в условиях различных культурных традиций и норм. Такое исследование было проведено на разных племенах индейцев, проживающих в США и резко различающихся распространенностью депрессивных состояний (Eaton, Weil, 1955), а также католических сообществах, отличающихся повышенной религиозностью и одновременно угрожающей статистикой депрессивных расстройств (Parker, 1962). Для так называемых депрессивных сообществ оказались характерными высокие и жесткие стандарты и требования в процессе воспитания с частой критикой и наказаниями за отклонения от них, модель замкнутого существования с изоляцией от остального мира и концепцией окружения как враждебного, а жизни как трудной и опасной.

Исследование двух групп подростков – этнических корейцев из Республики Корея и из Узбекистана показало, что уровень депрессии среди подростков выше в Республике Кореи (Ким, 1997). Одновременно, было выявлено, что эти две группы различаются по ценности успеха и достижения, которая оказалась значимо выше в группе из Кореи.

Культ силы и культ рацио, характерные для Западной культуры, ведут, с одной стороны, к росту числа негативных эмоций, а с другой – к запрету на их переживание и выражение. При этом нарушаются доверительные контакты с людьми и резко затрудняется психологическая переработка эмоций, а значит, происходит их постоянное накопление, при этом психика работает по принципу «парового котла без клапана» (Холмогорова, Гаранян, 1994, 1996 а, б; 1999 а, б).

Очевидно, что в культуре могут содержаться самые разные ценности и установки, но в определенных культурах и в определенные исторические моменты некоторые из них начинают доминировать. *Ценности, которые способствуют разобщению, изоляции людей, принуждающие их прятать свою человеческую сущность, свои чувства и переживания являются дезадаптивными. Их можно назвать «культуральным диатезом» или фактором уязвимости в отношении определенных форм психической патологии.*

Большую распространенность соматоформных расстройств в восточных культурах многие авторы связывают с *традиционными для них нормами эмоционального поведения, ограничивающими возможности вербального выражения эмоций* (Leff, 1973; Lipowsky, 1988). Существу-

ет тенденция к росту соматизации и в Западных культурах (Lipowsky, 1988). Одно из наиболее часто привлекаемых объяснений, что есть люди, которым независимо от культурных корней не хватает словаря для описания переживаний – феномен описываемый понятием «алекситимия». *Негативные установки по отношению к эмоциям в Западной культуре являются одним из важных культуральных стереотипов, связанным с культом сдержанности, силы, успеха и совершенства.* Эти стереотипы приводят к запрету на выражение негативных чувств и низкой культуре психогигиены эмоциональной жизни (Холмогорова, Гаранян, 2002).

Россия не является исключением, перфекционисткие стандарты современного Западного общества принимают свои формы и оказывают влияние на эмоциональное благополучие взрослых и детей. Наряду с описанным выше процессом распада семей, деградацией и обнищанием части общества, существует другой процесс – возникает обеспеченная часть общества, формируется запрос на создание элитных образовательных учреждений с интенсивными нагрузками и перфекционистскими стандартами, основная цель которых – вложить максимум знаний, навыков и умений, воспитать «выставочные экземпляры».

Такой спрос повышается, в том числе, из-за экономической и социальной нестабильности жизни. Родителям кажется, что таким образом они смогут обезопасить будущее своего ребенка, помочь ему адаптироваться в современной жизни. За последнее время заметно выросло количество школ и классов с усложненной программой. Это, прежде всего, гимназии и гимназические классы. *Выраженные перфекционистские ценности родителей и учителей могут являться важным источником эмоциональных нарушений у детей* (Воликова с соавт., 2006). Специалисты, работающие с детьми – детские психологи, детские психиатры, учителя – отмечают, что дети и подростки все чаще и чаще стали жаловаться на плохое настроение, недовольство жизнью, отсутствие прочных дружеских связей, одиночество (Батагина, 1996; Иовчук, 2003; Прихожан, 2000). Наблюдения специалистов свидетельствуют, что особенно много таких жалоб встречается среди учащихся среднего звена школ и классов с усложненной программой.

Перфекционистские стандарты современного общества касаются не только уровня образования, но и внешнего вида. Изменение стиля жизни: смена существовавших долгое время традиций и стереотипов, повышение темпов жизни ведет за собой изменение эталонов внешности, которые принимаются и одобряются обществом. Если в 1972 г. своим

телом были недовольны в среднем 25% женщин и 15% мужчин, то в 1997г. эти показатели составили для женщин 56%, а для мужчин 43% (Cash, 1997). Действие макросоциальных факторов выражается в культивировании высоких стандартов в отношении внешнего вида, плохо совместимых с физическим и психическим благополучием. Индустрия, направленная на коррекцию фигуры, пропагандирует нереалистично низкий вес у женщин и стандарты мужской фигуры, связанные с интенсивным наращиванием мышечной массы. Изнурительные диеты и занятия фитнесом у женщин и бодибилдингом у мужчин становятся знаком нашего времени. Как показывают исследования, современные мужчины воспринимают себя с заниженным весом, в противоположность женщинам, которые склонны его преувеличивать, не принимая во внимание свой реальный вес (Mangweth et al., 2001). Сверхценные идеи похудания у девушек и наращивания мышечной массы у юношей могут выражаться в довольно грубом нарушении приема пищи, в изнурительных физических нагрузках, в постоянном недовольстве собой, которые могут, в свою очередь, привести к депрессии и другим эмоциональным нарушениям.

Норвежский психиатр, психотерапевт и культуролог Ф. Скэрдеруд считает физический перфекционизм знаком нашего времени: «Сегодня человек должен больше, чем когда-либо работать над своим телом. Тело вовсе не является стабильным материалом. Мы все подобны сотням тысяч скульпторов, лепящих собственные тела в фитнесс-клубах, во время марафонских забегов, с помощью низкокалорийных диет, сумасшедших сумм, которые мы платим за свое здоровье косметике и хирургии. Раньше человек считал, что его тело дано ему судьбой. Сегодня мы высокомерно игнорируем судьбу и изменяем свое тело, превращая его в произведение искусства. Мы строим наши тела по собственному подобию, создавая тем самым и самих себя» (Скэрдеруд, 2003; С.387).

Под *физическим перфекционизмом в данном исследовании понимается повышенная озабоченность своим внешним видом и выраженное стремление к соответствию современным стандартам веса и пропорций тела.* Современный социолог и культуролог С. Гроган, посвятивший ряд работ проблеме тела в современной культуре, отмечает: «В богатых Западных обществах стройность обычно ассоциируется со счастьем, успехом, молодостью и привлекательностью. Чрезмерный вес связывается с ленью, недостатком воли и неспособностью к самоконтролю. Идеальное женское тело – хрупкое, мужское – стройное и умеренно мускулистое» (Grogan, 1999; P. 6).

Гендерные стереотипы

Еще одним важным фактором расстройств аффективного спектра являются *гендерные стереотипы.* В современной литературе появилось понятие «гендерный профиль психического здоровья» (Меллер-Леймкюллер, 2004; Angst, Etnst, 1990). В отношении наиболее распространенных психических расстройств, таких как депрессивные, тревожные и алкоголизм, выявляются достоверные различия: женщины чаще страдают от расстройств аффективного спектра (до 20% в Западных странах), у мужчин чаще встречается алкогольная зависимость и выше уровень суицидов. Депрессия у женщин связана с меньшей трудовой занятостью и низким статусом выполняемой работы, но также и с ролевыми перегрузками и конфликтами. По сравнению с женщинами, сердечно-сосудистые риски, связанные с депрессивной симптоматикой, выше у мужчин: они умирают в среднем на 11 лет раньше женщин, средняя продолжительность жизни для русских мужчин снизилась с 64 до 58 лет, а для женщин с 74 до 71, образовав в результате самую широкую нишу между полами среди индустриально развитых стран (Немцов, 2001).

Главные причины высокой мужской смертности – сердечно-сосудистые заболевания, алкоголизация и суициды. *По количеству завершенных суицидов мужчины значительно опережают женщин* (Войцех, 2006; Немцов, 2001; Hawton, 2000). Известно, что депрессия является одним из основных факторов суицида и существенно ухудшает течение сердечно-сосудистых (Васюк и соавт., 2004) и других соматических заболеваний (Краснов, 2000, 2001 а, б), поэтому возникают противоречия в эпидемиологических данных, которые нуждаются в прояснении.

Одна из гипотез заключаются в том, что *расстройства аффективного спектра встречаются у мужчин не реже, чем у женщин, но в отличие от женщин они не склонны предъявлять жалобы и искать помощи* (Меллер-Леймкюллер, 2004; Hawton, 2000). Так, по данным Западных кризисных центров 75% обращающихся за помощью – женщины, а 75% совершающих суициды – мужчины (Rickwood, Braithwaite, 1994). Высокая мужская смертность становится важной угрозой демографическому будущему России. На основании данных угрожающей статистики, ВОЗ признала, что Россия, занимающая второе место среди европейских стран по количеству самоубийств на 100 тыс. населения, находится в состоянии чрезвычайной ситуации (Войцех, 2006).

Важным направлением исследования является анализ гендерных стереотипов эмоционального поведения, которые определяют способы совладания с эмоциональным дистрессом. Исследователи говорят *о мужском гендерно-ролевом стрессе*, когда те или иные проблемы вызывают тяжелые чувства и требуют обращения за помощью, что несовместимо с культуральными стереотипами мужской силы и сдержанности. Современные исследования совладания со стрессом показывают, что главным фактором-протектором, позволяющим переработать тяжелый опыт и предотвратить аутодеструктивное поведение, является поддержка со стороны других людей (Тукаев, 2003).

Таким образом, актуальным представляется исследование распространенности эмоциональных нарушений в детской и молодежной популяции с помощью современных диагностических инструментов, подтвердивших свою надежность, с особым вниманием к группам риска (детям из неблагополучных семей и детям-социальным сиротам, проживающим в государственных учреждениях). Необходима также проверка гипотез, вытекающих из анализа макросоциальных факторов: о связи перфекционистских ценностей современной культуры (культа сдержанности, успеха и совершенства) с эмоциональными нарушениями у детей и молодежи; о связи гендерных стереотипов мужского поведения с высоким уровнем запрета на выражение чувств.

4.2.Семейные факторы

Макросоциальные факторы и процессы в виде стандартов и ценностей общества, а также социально-экономических изменений, непосредственно отражаются на семьях – на их структуре, функционировании, эволюции и идеологии. Анализ семейных факторов расстройств аффективного спектра проводился на основе *четырех-аспектной модели семейной системы*, включающей структуру, микродинамику (семейное функционирование), макродинамику (семейную историю) и семейную идеологию (семейные ценности, нормы).

Ранее было показано, что все основные психологические традиции так или иначе пришли к выводу о важной роли семейных факторов в генезе расстройств аффективного спектра (Гл. 2). Необходимой представляется дальнейшая конкретизация представления о том, что это за факторы, а также эмпирическое обоснование их действенности. С целью такого обоснования в настоящее время проведено значительное

количество исследований, убедительно доказывающих важную роль семейных факторов и направленных на поиск общего и специфического в семейном контексте различных расстройств аффективного спектра. Следует отметить дефицит отечественных исследований расстройств аффективного спектра, выполненных на основании критериев МКБ-10, поэтому, в основном, будут представлены исследования зарубежных авторов.

С конца 1940-х гг. стали проводиться исследования, которые подтвердили наличие связи между некоторыми семейными факторами, а именно, особенностями семейных коммуникаций и психическим здоровьем. Первые исследования были посвящены влиянию семейных эмоциональных коммуникаций на характер течения заболевания при шизофрении (Vaughn, Leff, 1976). Позже Дж. Леф и другие исследователи начали проверку полученных результатов в отношении больных депрессивными расстройствами. Однако данные исследования касались, в основном того, как эмоциональная экспрессивность в актуальной семье влияет на *течение* заболевания. Так, было убедительно доказано *негативное влияние на течение болезни высокого уровня критики со стороны родственников в адрес больного* (Vaughn, Leff, 1976).

Только в последние десятилетия XX в. были начаты систематические исследования особенностей родительской семьи сначала у больных депрессивными, а потом и у страдающих тревожными расстройствами, а также склонных к соматизации. Основная часть этих исследований проведена на основании самоотчетов больных, хотя многие авторы отмечают, что наиболее точными и отвечающими поставленной задаче были бы лонгитюдные исследования. Однако в виду значительной организационной сложности и ресурсоемкости таких исследоваиий, ученые основываются, прежде всего, на данных самоотчетов больных и здоровых испытуемых об их родительских семьях, иначе говоря, на анализе репрезентаций семей взрослыми испытуемыми. Реальные семьи становятся объектом изучения, в основном при исследовании детей и подростков с депрессивной или тревожной симптоматикой или при исследовании супружеских пар, где аффективным расстройством страдает один из супругов.

Метод изучения родительской заботы на основе самоотчетов пациентов неоднократно подвергался критике. Оппоненты считают, что описания пациентов отражают особенности их депрессивного восприятия, а не реальные отношения с родителями. Чтобы проверить надежность

метода самоотчетов пациентов был проведен целый ряд тщательно выполненных исследований (Parker, 1981):

1. Многочисленные исследования корреляции данных самоотчетов с тяжестью депрессии показали, что такой корреляции не отмечается (Duggan et al., 2000; Gotlib et al., 1988; Lewinsohn, Rosenbaum, 1987; Parker, 1981; Plantes et al., 1988).
2. Исследование близнецовых пар показало, что подтверждается модель, согласно которой родительское поведение является фактором депрессии, а не модель, согласно которой депрессия выступает причиной негативных оценок родительского функционирования (Neal, Walters, 1994).
3. Несколько исследований выявили высокий коэффициент тест-ретестовой надежности (0,89–0,93) опросников, т.е. показатели опросника детско-родительских отношений не менялись в процессе лечения и не зависели от редукции депрессивной симптоматики (Parker, 1988; Plantes et al., 1988).
4. Все тенденции показателей совпадают в случае исследования репрезентаций актуальной семьи и репрезентаций семьи на основе прошлого опыта.
5. Оценки пациентов достоверно коррелировали с оценками наблюдателей-экспертов, а также здоровых сиблингов, что подтверждало достоверность оценок пациентов (Parker, 1988).

В данном исследовании нас будут интересовать, прежде всего, родительские семьи. Анализ семейного контекста расстройств аффективного спектра будет проведен на основе четырех-аспектной модели.

Исследования структуры и микродинамики семейной системы

Систематические контролируемые исследования семейного контекста депрессивных расстройств одним из первых начал проводить австралийский исследователь Дж. Паркер (Parker 1981, 1988, 1993). Его исследования основаны на теории привязанности Дж. Боулби, он также отталкивался от данных, полученных К. Вон и Дж. Лефом (Vaughn, Leff, 1976), о деструктивности высокого уровня негативных эмоций в семье, прежде всего, родительской критики. Дж. Паркером был разработан опросник *Parental Bonding Instrument* (*PBI*), тестирующий два основных показателя – «забота» (тепло) и «сверхконтроль» (сверхвключенность), отражающих аспект микродинамики (уровень критики, тепла, поддержки) и структуры (степень связи между членами семьи отражается в показателе сверхвключенности). В целом ряде исследований

пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, в разных странах с помощью этого опросника был получен сходный результат: пациенты характеризовали своих родителей, *как менее заботливых и более контролирующих*, статистически значимо чаще, чем здоровые испытуемые (Parker, 1981, 1993; Parker, Hardzi-Pavlovic, 1992; Plantes et al., 1988). Этот феномен получил название *affectionless control (холодный контроль)* – высокая степень связи в виде контроля (симбиозы), но лишенная эмоционального тепла и поддержки (негативные коммуникации). Низкий уровень родительской заботы и эмоционального тепла может стать источником нарушения чувства собственной ценности, в то время как гиперпротекция или сверхконтроль может затормозить процесс социализации в плане автономии и независимости, приводить к неготовности справляться с жизненными стрессами во взрослом возрасте.

Комбинация *низкого уровня заботы и высокого уровня контроля* корреспондируется с описанием ненадежной привязанности (см. Гл. 2.5). Исследование Дж. Паркера и Д. Харджи-Павлович (1992) показало, что в группу риска по депрессивному расстройству во взрослом возрасте попадают, прежде всего те, у кого *оба родителя придерживались такого деструктивного стиля взаимодействия с ребенком.*

Для некоторых тревожных расстройств, а именно панических атак, оказался наиболее характерным иной тип микродинамики – *высокий уровень заботы и контроля*, этому типу Дж. Паркер дал название *эмоциональные тиски*. Высказывается предположение, что такого рода взаимодействие способствуют *ограничению спонтанного поведения у ребенка* со стороны родителей. Этот феномен, который получил название *behavioural inhibition – бихевиоральное торможение*, оказался важным предиктором возникновения тревожных расстройств, что подтверждают другие исследования (Kagan et al., 1989). Результаты исследования Р. Репи несколько иные (Rapee, 1997). В качестве предиктора тревожных расстройств в детском возрасте он выделил *родительское неприятие* и *высокий уровень контроля*, ограничивающего автономию ребенка. Также значимое влияние на возникновение тревожных расстройств в аспекте семейной микродинамики могут оказывать частые конфликты (Rueter et al., 1999).

Некоторые отечественные авторы, например, Н.В. Самоукина (2000), А.Е. Бобров, М.А. Белянчикова (1999), в качестве одного из факторов, способствующих развитию повышенной тревожности, выделяют структурные нарушения, а именно *симбиотические отношения в паре*

мать–ребенок, что хорошо согласуется с такой характеристикой микродинамики как сверхконтроль, описываемой другими авторами.

Еще одной характерной чертой микродинамики семей тревожных больных является высокий уровень семейной тревоги (фактор индуцирования тревоги в коммуникациях). Последний особенно характерен для семей больных, страдающих социальной фобией. В одном из немногочисленных исследований приемных детей было показано, что *робкие неуверенные дети чаще имели тревожных и социально не приспособленных родителей*. Причем, это правило распространялось как на кровных, так и на приемных детей (Plomin, Daniels, 1987). Аналогично было показано, что повышенная стеснительность и тревожность у детей связана со сниженным материнским принятием в сочетании с повышенным контролем, препятствующим сепарации и автономии (Easburg, Jonson, 1990; Rapee, 1997). *Сниженная способность к совладанию со стрессом* была обнаружена у детей, чьи матери отличались гиперпротекцией, что объясняет механизм действия материнского контроля как фактора тревоги (Kortlander et al., 1997).

Эмпирическая проверка теории Дж. Боулби о паттерне ненадежной привязанности как факторе развития тревожного расстройства получила впечатляющее эмпирическое подтверждение в лонгитюдном исследовании С. Ворена с соавт. (Warren et al., 1999). В этом исследовании, начиная с рождения и в среднем до 18-летного возраста, отслеживалась когорта из 172 детей. Так называемый *тревожно-защитный тип привязанности оказался наиболее надежным предиктором возникновения тревожного расстройства* в подростковом возрасте.

Близким по направленности является опросник *Parental Pressure Scale* (*PPS*), разработанный сотрудниками Института когнитивной психотерапии А. Бека. Они выделяют в качестве важного аспекта семейной микродинамики, повышающей уязвимость к депрессии, фактор родительского давления, прежде всего, в области достижений и послушания. Если родители предъявляют нереалистично высокие перфекционистские требования к ребенку или же корректируют его унизительным образом (провоцируют чувство стыда, ничтожности), они затрудняют возможность формирования у ребенка позитивных представлений и убеждений относительно себя и других людей. Это неадаптивное давление может стать фактором тревоги, депрессии и нарушений поведения, как в детском, так и во взрослом возрасте. Родители, имеющие высокие, но реалистичные стандарты и проявляющие последова-

тельность при их предъявлении, используют методы коррекции, не унижающие достоинства ребенка, характеризуются как оказывающие адаптивное давление, способствующее психическому здоровью и эффективности. Родители, которые проявляют незначительную вовлеченность в жизнь ребенка, характеризуются как пренебрегающие или отвергающие. Опросник включает три шкалы – адаптивное давление, неадаптивное давление, отвержение. Исследования показали, что у больных с депрессивными расстройствами значимо выше показатели неадаптивного давления и отвержения по сравнению с контрольной группой. Сходные результаты, подтверждающие связь между родительским отвержением в детстве и развитием большой депрессии во взрослом возрасте получены С. Кендлером с соавт. (Kendler et al., 1993).

Исследование семейного контекста пациентов с непонятными соматическими жалобами и хроническими болями ведутся давно (до выделения группы соматоформных расстройств как таковых). Многие из них были обобщены в фундаментальном обзоре Б. Пейн и М. Норфлит «Хроническая боль и семья» (Payne, Norfleet, 1986). Имеются данные, указывающие на относительно большой размер родительской семьи у пациентов, страдающих хронической болью. По гипотезе Т. Джонды *телесные жалобы могут способствовать редукции напряжения, привлечения внимания и получения каких-то льгот, а затем закрепляться в качестве механизма адаптации к стрессу во взрослой жизни* (Gonda, 1962).

В своей классической работе о личности, предрасположенной к боли, Дж. Энгель выделял несколько факторов детства, которые располагают личность к длительным болям – «агрессия, страдание и боль играют важную роль в семейном окружении раннего детства людей с болями» (Engel, 1959). Он отмечал несколько сценариев: *родители, склонные к частым наказаниям и насилию или холодные и дистанцированные родители*. Это наблюдение Дж. Энгеля подтверждается рядом исследований (Hudgens, 1977; Roy, 1982; Violon, 1980). Р. Гросс сообщил об исследовании 25 больных с хроническими болями в области таза, 20 были из явно дисфункциональных семей, где отмечались *вспышки ярости, насилия и физические нападения*, они также страдали от недостатка материнского тепла, и в 36% случаев имел место инцест (Gross et al., 1980/1981).

В другом исследовании проводился сравнительный анализ 71 пациента с хроническими нарушениями и 70 пациентов с болью неорганического происхождения (Merskey, Boud, 1978). Пациенты с болью неорганического происхождения чаще сообщали о жестоком обращении

и отвержении со стороны родителей. М. Хьюджес и Р. Зимин наблюдали детей с болями неорганической природы и выявили *отсутствие эмоциональной поддержки* в их семьях. Матери этих детей обычно отличались тревожностью и повышенной критичностью, были озабочены собственным здоровьем или же недавней смертью или болезнью кого-то из членов семьи. Им не удавалось распознавать и удовлетворять базисные эмоциональные потребности своих детей, и последние были склонны обращаться к медицинской помощи для устранения эмоционального дистресса (Hughes, Zimin, 1978).

Другой особенностью семейного контекста детей с болевым синдромом является распространенность болевой симптоматики или болезней у близких родственников. Были отмечены похожие жалобы у родителей и сиблингов детей, страдающих периодическими болями в животе. Частота этих жалоб оказалось в шесть раз выше, чем у родителей детей контрольной группы (Apley, 1975). Сравнение 31 больного с неорганической абдоминальной болью и 27 больных с органической болью показало, что у половины больных с болью неорганического происхождения *оба родителя страдали болями* в животе, в то время как среди больных контрольной группы только пять человек указали на наличие болевых синдромов у родителей (Hill, Blendis, 1967). Похожие результаты заставили И. Турката и Д. Рока предположить, что один из механизмов развития болевого синдрома у детей – материнское моделирование (Turkat, Rock, 1984). Имеются также экспериментальные данные о том, что локализация и качество боли у пациентов с хроническим болевым синдромом очень сходны с таковыми у близких родственников (Kreitman et al, 1965; Mohomed et al., 1978).

Д. Блумер и М. Хайльброн, исходя из предварительных данных, предположили, что хронические болевые симптомы чаще появляются у людей, *родственники которых страдают депрессией или алкоголизмом* (Blumer, Heilbronn, 1981). В другом исследовании оказалось, что 86% больных с хронической болью имеют симптомы депрессии и семейную историю депрессии (Schaffer et al., 1980). Авторы делают предположение о первичности аффективного расстройства в этиологии симптомов хронической боли. Есть, однако, и прямо противоположные наблюдения, описывающие больных с хронической болью как в очень незначительной степени депрессивных и расценивающих хроническую боль, как самостоятельную форму выражения эмоций (Swanson, 1984).

Таким образом, по данным исследователей, семейную *структуру* пациентов больных расстройствами аффективного спектра характеризуют: симбиотические связи, разобщенность, закрытые границы, причем по некоторым данным для тревожных пациентов более характерны симбиозы, а для депрессивных – разобщенность; на уровне *микродинамики* семьи выделяются высокий уровень отвержения в сочетании с авторитарным давлением со стороны родителей (по некоторым данным со стороны обоих) для депрессивных, высокий уровень контроля и сверхопеки для пациентов с тревожными расстройствами; родительское моделирование и запрет на выражение чувств в семье для соматоформных.

Макродинамика семейной системы

В 1980-х гг. растет число исследований роли психологического стресса в происхождении психических расстройств, в том числе расстройств аффективного спектра. Выделяются разные типы стрессоров – хронические повседневные стрессоры и стрессогенные жизненные события (Абабков, Перре, 2004; Перре, Бауман, 2002).

Были попытки, берущие начало из разработок З. Фрейда, (Гл. 2.1) связать угрожающие опасные события с тревогой, а утраты – с депрессией. Среди специфических семейных стрессов исследователи особо выделяют *утраты или разрывы значимых интерперсональных отношений*. Наличие сепарационной тревоги в детстве может быть одним из предикторов тревожного расстройства. По данным разных исследований сепарационные переживания описывают от 10 до 35% пациентов с тревожными расстройствами (Dattilio, Salas-Auvert, 2000). Так, Р. Доктор показал, что 31% из 404 пациентов, страдающих агорафобией, пережили сепарацию или потерю значимого лица перед своим заболеванием (Doctor, 1982).

В 1990-х гг. британский исследователь Дж. Браун с коллегами поставил задачу выявить, насколько физическое и сексуальное насилие в родительской семье, а также опыт отвержения со стороны родителей, увеличивают вероятность развития тревоги и депрессии во взрослом возрасте. Исследования подтвердили, что эти факторы являются важными предикторами депрессии высокой степени тяжести во взрослом возрасте у женщин (Brown, Harris 1990; Brown et al., 1993; Brown, Morgan 1994). Оказалось, что они также коррелируют с трудностями установления теплых интимных отношений в зрелом возрасте (Heim, Owens, 2001; Hill et al., 2001). Ряд исследований показал, что опыт физического и сексуального насилия в детском возрасте также увеличивает веро-

ятность панического расстройства и депрессии во взрослом возрасте (Kessler, Frank, 1997; Stein et al., 1997).

Учитывая эти новые данные, Дж. Паркер попытался добавить в свой опросник шкалу родительского насилия. Результаты показали, что больные психогенными формами депрессии отмечали все три вида родительских дисфункций: низкая забота, высокий контроль, высокий уровень насилия.

Группа тревожных расстройств на значительном уровне отличалась от нормы только по уровню контроля. Таким образом, если относительно значимости фактора семейного насилия в случае депрессивных расстройств данные разных исследований согласуются между собой, то относительно тревожных они более противоречивы.

Ш. Диклан обследовала 435 детей до 18 лет с различными психическими расстройствами, в том числе депрессивными и тревожными, и пришла к выводу, что основными травмирующими событиями, пережитыми этими детьми, были: развод родителей, смерть одного из родителей, жестокое обращение (в том числе и сексуальное насилие) (Declan, 1998). 59% детей имели в анамнезе хотя бы одно из этих стрессовых событий; 13% – два события; а 2,5% – все три события. Автор особо отмечает, что для обследованных детей сексуальное насилие было более отягощающим фактором даже по сравнению со смертью родителей.

Как отмечают специалисты, *сексуальное насилие*, пережитое в детском возрасте, является важным предиктором депрессии во взрослом возрасте. Случаи сексуального насилия выявляются с трудом, так как многие пациенты стесняются признаваться в этом. Выявляемые случаи позволяют говорить о четырехкратном повышении риска развития депрессии во взрослом возрасте, если ребенок (обычно – девочка) пережил сексуальное насилие (Brown, Morgan, 1994). Также у данной группы пациентов повышается риск развития суицидального поведения.

Травматические последствия пережитого сексуального насилия изучались в сочетании с другими травмирующими событиями. Были проведены исследования (Bifulco et al., 1991; Hill; Pickles et al., 2001), показавшие, что пережитое *сексуальное и физическое насилие в сочетании с недостатком родительской заботы* надежно связаны с наступлением депрессивного расстройства во взрослом возрасте. Важно отметить, что сексуальное насилие является очень мощной травмой. Даже удовлетворительные близкие отношения не ослабляют риск развития депрессии, если в детстве имело место сексуальное насилие.

Ч. Хайм и М. Овенс пришли к выводу, согласно которому сексуальная травма изменяет химические процессы в организме ребенка, что в дальнейшем приводит к депрессии (Heim, Owens, 2001). Правда, возникает вопрос, являются ли эти биохимические изменения следствием сильнейшего психологического стресса, который при этом испытывает ребенок, или у этих изменений другая природа.

Семейные стрессы (смерть или серьезное заболевание одного или нескольких ближайших родственников, например, матери) играют важную роль в развитии и хронификации депрессии (Scott et al., 1998). Связь хронификации депрессии с потерями родственников объяснима, так как эти события очень значимы для человека. Смерть или тяжелая болезнь отнимает у пациента важный источник поддержки или ослабляет связи с другими родственниками. Наряду с исследованиями, доказывающими связь потери матери или длительного отделения от нее в детстве с депрессивным расстройством во взрослом возрасте (Brown, Harris, 1978; Brown, Harris, Bifulco, 1986), существуют исследования, не подтверждающие эту связь (Crook, Eliot, 1980; Perris, et al. 1986; Kendler et al, 2002). Таким образом, необходимы дальнейшие эмпирические исследования этого фактора.

Были обследованы женщины, имеющие сестру-близнеца с депрессивным расстройством (Kendler et al., 1995). В контрольную группу вошли женщины, чьи сестры-близнецы были здоровы. Основная и контрольная группа сравнивалась по риску заболеть депрессивным расстройством. Наряду с выводом о влиянии генетических факторов (сестры депрессивных близнецов имели больший риск заболеть депрессией), они выявили, что *женщины, которые пережили различные стрессовые события, в том числе и семейные, имели больший риск заболеть депрессией*, независимо от генетической отягощенности. Однако стрессогенные жизненные события, выступающие одним из факторов-провокаторов тревожных расстройств, изучены меньше. Чаще всего в качестве важного стрессогенного фактора выступают ситуации *вынужденной сепарации от родителей* или лиц, их заменяющих.

Наличие *сепарационной тревоги* в детстве может быть одним из предикторов тревожного расстройства. Обнаружено, что 10–35% пациентов с тревожными расстройствами испытывали в детстве сепарационные переживания (Dattilio, Salas-Auvert, 2000). При обследовании 404 пациентов с агорафобией было выявлено, что 31% из них пережили сепарацию или потерю значимого лица перед своим заболеванием

(Doctor, 1982). Эти результаты сопоставимы с ранее проведенным исследованием Д. Клайн (Klein, 1964). Согласно его данным около 50% испытуемых с агорафобией в самоотчетах также говорили о сильных переживаниях сепарационной тревоги в детстве. В DSM–IV наличие сепарационного тревожного расстройства в детстве считается предиктором возникновения панического расстройства во взрослом возрасте.

Итак, можно говорить о том, что существует определенная связь между переживанием стрессовых событий и наступлением депрессивного расстройства, прочность этой связи варьирует по данным разных авторов в зависимости от применяемых методов изучения стрессогенных жизненных событий. Связь тревожных расстройств и стрессогенных жизненных событий меньше изучена. Достаточно надежные данные имеются только в отношении панического расстройства, агорафобии.

Важно отметить, что семья влияет на то, как быстро и успешно человек справится с психологическими последствиями травматического опыта. Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (2000) выделяют совокупность способов, которыми семья может оказывать негативное влияние на отношение человека к травмирующему событию:

1. Семья может делать человека чувствительным к травме, снижать его сопротивляемость, способность перерабатывать негативный опыт;
2. Семья может утяжелять и хронифицировать травму, затруднять ее переработку. В таком случае новые травмы накладываются на непереработанные;
3. Семья влияет на формирование индивидуальных способов противодействия травме.

Как видно, семья может выступать не только в качестве прямого источника психической травмы, например, когда имеет место физическое насилие со стороны родителей, но и способствовать травматизации через дисфункции микродинамики и идеологии, например, высокий уровень критики в сочетании с запретом на открытое выражение чувств.

Психотравмирующие события в детстве, юности, а также во взрослом возрасте повышают риск возникновения соматоформного расстройства. В. Риф и В. Хиллер приводят данные американского исследования женщин, перенесших сексуальное насилие до 14 лет (Rief, Hiller, 1998). Эти женщины составляли группу риска по возникновению хронического болевого расстройства с локализацией боли внизу живота,

функциональной диспаргии и функциональных сексуальных нарушений (аноргазмия). Отмечается также высокий риск развития панических атак (в 47 раз чаще, чем в популяции, в то время как депрессивные расстройства в 11 раз чаще, чем в популяции).

Таким образом, в аспекте *макродинамики* семейных систем больных расстройствами аффективного спектра получены данные о важной роли в их этиологии опыта сексуального и физического насилия, тяжелых болезней и смертей, разводов, ранней сепарации.

Семейная идеология (семейные установки, убеждения, нормы, ценности)

Как показывают исследования и опыт практической работы семейных психотерапевтов, одной из дисфункциональных семейных ценностей, повышающих риск развития эмоциональных расстройств у членов семьи, являются очень высокие стандарты жизни и деятельности или перфекционистские установки по отношению к себе и другим.

За последние десять лет значительно увеличилось количество исследований перфекционизма, как многомерного конструкта. Были предложены различные шкалы для измерения патологического перфекционизма. Существует ряд исследований, выявляющих связь родительского перфекционизма, а также перфекционистских установок в семье и депрессивных расстройств. Как уже упомянуто выше, обследование взрослых депрессивных больных показало, что социально предписываемый перфекционизм, убежденность в недопустимости ошибок в жизни, а также повышенный нейротизм выступали факторами, опосредствующими связь отцовского сверхконтроля и депрессивного расстройства у мужчин (Enns et al., 2000). У женщин уровень депрессии коррелировал с дефицитом заботы со стороны матери. Эта связь, в свою очередь, была опосредствована высоким уровнем самокритики и самообвинений, социально предписанным перфекционизмом и убежденности в недопустимости ошибок в жизни. Р. Фрост, а также П. Хьюит и Г. Флит рассматривают социально предписанный перфекционизм как убеждение человека в том, что другие люди предъявляют к нему нереалистично высокие требования, которым очень трудно, а иногда и невозможно соответствовать (Frost et al., 1993; Hewitt, Flett, 1990). Однако только соответствие этим требованиям, по мнению человека, поможет ему завоевать одобрение и принятие окружающих.

В 1995 г. С. Блат опубликовал фундаментальный обзор имеющихся исследований перфекционизма (Blatt, 1995). В этом обзоре приводятся

данные о влиянии родительского перфекционизма на развитие депрессивных расстройств у их потомков. Р. Фрост с соавт. (1993) разработали шкалу, тестирующую различные параметры перфекционизма. Они выяснили, что многие подшкалы этого диагностического инструмента, в первую очередь, озабоченность возможными ошибками, высокие родительские стандарты и родительский критицизм, были связаны с различными психическими расстройствами, а особенно сильно – с депрессивным расстройством.

Высокий уровень родительского перфекционизма был выявлен при обследовании больных депрессивным расстройством с выраженным самокритицизмом (Blatt, Wein, 1979), а также у депрессивных с высоким уровнем перфекционизма (Hewitt, Flett, 1990).

На основании лонгитюдных исследований С. Блатт (1995) делает вывод о том, что родительское отвержение и ценность беспрекословного послушания могут служить предиктором высокого уровня самокритицизма в подростковом возрасте и депрессивного расстройства в старшем подростковом или раннем юношеском возрасте. Высокий уровень самокритицизма в подростковом возрасте, в свою очередь, может служить предиктором дезадаптации взрослых: низкого образовательного уровня, низкого социо-экономического статуса, высокого уровня дезадаптации, депрессии, неудовлетворенности работой, семьей и другими отношениями.

За рубежом и в нашей стране существуют исследования, подтвердившие связь ценности совершенства, достижений и успеха и депрессивных расстройств во взрослом возрасте (Гаранян, 2006; Гаранян с соавт., 2001; Ким, 1997; Hewitt, Flett, 1990). С. Блатт (1995) приводит результаты исследования о влиянии особенностей стиля родительского отношения к ребенку и семейных ценностей на развитие невротического перфекционизма у потомков, и, следовательно, повышающих риск развития депрессивных расстройств. Высокий уровень перфекционизма у взрослого потомка связан с высоким уровнем критики и требований со стороны родителей. При этом такие родители оказывают своим детям существенно меньше поддержки, выражают меньше любви и заботы. Р. Фрост и его коллеги (1993) обнаружили, что уровень перфекционизма у взрослых дочерей значимо коррелирует с уровнем перфекционизма и строгости у матерей. Для отцов такая закономерность выявлена не была. Материнский перфекционизм был надежно связан с выраженной психопатологической симптоматикой у доче-

рей. Дж. Паркер (1993) подтвердил особую значимость материнского перфекционизма для развития перфекционистских ценностей у потомков обоего пола.

Родительские завышенные стандарты могут быть одним из главных механизмов межпоколенной передачи депрессии в семье. Однако остается неясным, что является отправной точкой – родители, которые устанавливают непомерно высокие стандарты и требования для своих детей, или восприятие детьми своих родителей, как ориентированых на достижения и очень критичных. *Поэтому актуальны исследования связи выраженности родительского перфекционизма и симптомов депрессии у детей и взрослых, выросших в этих семьях.* Исследований, посвященных изучению влияния перфекционистских и других родительских установок при тревожных расстройствах, значительно меньше. Можно привести несколько исследований, где высокий уровень родительского перфекционизма был выявлен при обследовании больных обсессивно-компульсивным расстройством (Rasmussen, Tsuang, 1984).

Другими словами, на уровне ***семейной идеологии*** *исследователи отмечают перфекционистские установки, ценность успеха и достижений, высокую конкурентность.*

Ряд исследований отечественных психологов посвящен изучению особенностей взаимодействия родителей с детьми, в них была показана важная роль различных семейных факторов в эмоциональном благополучии детей. В этих исследованиях не использовались диагностические категории МКБ-10, речь шла о неврозах вообще, а семейные особенности изучались у всей группы в целом (Спиваковская, 1988; Эйдемиллер, Юстицкис, 2000 и др.). Тем не менее их результаты корреспондируют с проанализированными выше зарубежными исследованиями, доказавшими важную роль фактора родительской критики и требований высоких достижений в происхождении неврозов у детей.

Системное исследование Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса (2000) было сосредоточено на изучении особенностей связи макродинамики и микродинамики семей больных неврозами. В экспериментальную группу вошли больные с жалобами на пониженное настроение, высокий уровень тревоги, страхи и др. Исследование семей в трех поколениях выявило, что сквозной психологической проблемой, связывающей три поколения в семьях больных неврозами, оказалось преобладание эмоционального отвержения со стороны значимых лиц в отношении членов семьи, находящихся в зависимом положении – детей, вну-

ков, пожилых лиц, больных. Чаще всего неосознаваемое отвержение наблюдалось у прародителей и родителей в отношении детей. В результате такого отвержения у представителей каждого следующего поколения могли формироваться аномалии в развитии эмоциональной сферы и личности. Практически у всех прародителей и родителей были выявлены дисфункциональные убеждения: долженствование, глобальное обобщение и др., т.е. убеждения ригидного, перфекционистского и зависимого характера. А.М. Прихожан (2000), обследовав детей и подростков с высоким уровнем тревоги и их родителей, установила, что для всех матерей тревожных детей был характерен повышенный уровень тревожности.

Важно отметить, что практически все как зарубежные, так и отечественные исследования родительской семьи пациентов с расстройствами аффективного спектра были посвящены изучению отдельных факторов, комплексные исследования почти не представлены. Большинство отечественных исследований проведено на детской и подростковой выборке (Захаров, 1988; Ким, 1997; Спиваковская, 1988). Среди них лишь одно исследование проведено на основе современной классификации МКБ-10 (Ким, 1997).

Таким образом, актуальной остается задача комплексного изучения родительской семьи пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами на основе современной классификации болезней МКБ-10, а также дальнейшее уточнение общих и специфических семейных факторов расстройств аффективного спектра.

4.3. Личностные факторы

Наибольшее количество исследований личностных факторов проведено применительно к депрессивным расстройствам. При этом исследования велись в трех основных направлениях: 1) исследование связи между депрессией и разными *типами личности* (обсессивным, зависимым, шизоидным и т.д.); 2) исследование связи между депрессией и разными *чертами личности* (экстраверсия/интроверсия; нейротизм, зависимость и т.д.); 3) исследования *организации аффективно-когнитивной сферы личности*. Первый подход к изучению личностных факторов получил название *типологического*, второй – *параметрического* (Frances, 1992). Они доминировали при исследовании депрессивных расстройств. При исследовании тревожных и соматоформных рас-

стройств, сравнительно недавно выделенных в отдельные кластеры, исследователи в большей степени придерживались третьего подхода, т.е. акцентировали в качестве личностной предиспозиции *особый аффективно-когнитивный стиль* – повышенная чувствительность к негативным стимулам и соматосенсорная амплификация при панических атаках, агорафобии и соматоформных расстройствах (Barsky et al., 1988, 1993; Reiss, 1991) и *алекситимия* при соматоформных расстройствах (Nemiah, Sifneos, 1970).

Типологический подход

Данный подход к проблеме личностных факторов депрессии доминировал в исследованиях психиатров (Банников, 1999; Вельтищев, Гуревич, 1994; Akiskal et al., 1980, 1983; Shimoda, 1941; Tellenbach, 1975). Его представители пытались также описать особый тип личности, предрасполагающий к депрессии: статус «меланхоликус» (Tellenbach, 1975), статотимическая личность (Shimoda, 1941). В настоящее время исследования, проведенные на основании критериев МКБ-10, показали, что депрессия может развиваться при любом варианте личностного расстройства (Банников, 1999; Phillip, Gunderson, 1990) (о высокой коморбидности депрессий и личностных расстройств см. Гл. 1.1).

Больные социальной фобией и генерализованным тревожным расстройством отличаются более высоким уровнем коморбидных личностных расстройств по сравнению с больными паническим расстройством и, соответственно, избегающими, шизоидными и параноидными чертами личности (Brooks et al., 1989; Sanderson et al., 1992).

Все возрастающий интерес к личностным факторам расстройств аффективного спектра в значительной мере связан с тем, что они существенно влияют на прогноз заболевания и эффективность лечения (Enns, Cox, 1997; Reich, Green, 1991; Sanderson et al., 1992). Например, было показано, что депрессия, сочетающаяся с такой личностной чертой как «зависимость», требует большей продолжительности психотерапии (Blatt, Felsen, 1993). Растет число исследований, посвященных проблеме личностных факторов хронификации депрессии. Исследования последнего времени фиксируют тесную связь личностных качеств больных с эффективностью проводимого лечения (фармако- и психотерапии), риском его преждевременного прерывания и высокой вероятностью хронификации болезни (Гаранян, 2010; Mulder, 2002).

Однозначного мнения о том, как личностные особенности и расстройства связаны с риском развития депрессии, сложностью лечения и те-

чением заболевания, нет. В многочисленных исследованиях, выполненных преимущественно за рубежом, указывается, что значимым фактором хронификации депрессии является коморбидность с неаффективными психическими расстройствами (например, расстройствами влечений в виде зависимости от психоактивных веществ), с соматической патологией, а также с расстройствами личности (особенно если речь идет о гетерогенной аффективной патологии, например, о депрессии у личности шизоидного круга).

Существует и другое мнение, что наличие коморбидного личностного расстройства не является препятствием для достижения удовлетворительного клинического эффекта (Joyce et al., 1994). В систематическом обзоре исследований, посвященном установлению связи отдельных видов личностной патологии и эффективности антидепрессивной терапии, Р. Малдер указывает, что результаты подобных работ зависят в значительной степени от общего дизайна исследования, способа измерения личностных характеристик и собственно динамики депрессивной симптоматики в процессе лечения (Mulder, 2002). Так, способы оценки личностного расстройства варьируют от беглого расспроса до детальных структурированных интервью. Было показано (Zimmerman, Mattia, 1999), что частота диагностирования пограничного личностного расстройства выше при использовании клинического интервью по сравнению с клинической оценкой – 14% и 0,4% соответственно.

Другим изьяном значительного числа исследований является недостаточный учет характеристик депрессивного расстройства – длительность заболевания, тип течения, частота рецидивов и др., которые могут непосредственно влиять на достижение терапевтического эффекта и быть по-своему связанными с личностной патологией.

Параметрический подход

В рамках *параметрического подхода* изучается вклад разных личностных черт в степень уязвимости личности по отношению к депрессивным состояниям (Гаранян, 2006, 2010; Гаранян с соавт., 2001). Данный подход позволяет измерять различные личностные черты (нейротизм, экстраверсию, перфекционизм, враждебность, зависимость и др.) и сопоставлять их с интересующими исследователей параметрами – эффект лечения, предпочитаемый тип лечения и т.п. (Enns, Cox, 1997). Работы, выполненные в этом русле, весьма многочисленны и результаты их носят противоречивый характер.

Исследования такой личностной характеристики, как *зависимость*, выявили ее двунаправленную связь с депрессией. Высокая зависимость может выступать как фактор уязвимости, повышающий риск заболеть депрессией (Hirschfield, 1998), а опыт перенесенного депрессивного эпизода может усиливать межличностную зависимость. Е. Франк с соавторами указывают, что зависимость может служить прогностическим критерием более медленной терапевтической реакции на лечение трициклическими антидепрессантами (Frank et al., 1987). Это является одним из объяснений известного феномена – с каждым новым эпизодом болезни увеличивается риск повторного – «приступ порождает приступ» (Любов, Саркисян, 2006).

Значительное количество публикаций посвящено соотношению *перфекционизма и депрессии*, детальный и исчерпывающий анализ которых приводится в фундаментальном обзоре Н.Г. Гаранян (2006). Указывается на тесную связь перфекционизма с негативным аффектом (депрессией, тревогой, виной, разочарованием, стыдом), нарушенной адаптацией, затруднениями в общении и деятельности. Перфекционизм тесно связан не только с риском возникновения депрессивного расстройства, но также оказывает существенное влияние на процесс лечения. Растущий интерес к данной проблеме и большое число исследований свидетельствуют, что перфекционизм является одним из наиболее значимых предиктивных личностных факторов.

В самом общем виде перфекционизм обозначает стремление предъявлять к себе высокие требования и следовать самым высоким стандартам. Как показывает в своем обзоре Н.Г. Гаранян (2006), эмпирические исследования перфекционизма ведутся в трех направлениях: 1) структура перфекционизма (Frost et al., 1990; Hewitt, Fleet, 1990); 2) разработка инструментов, тестирующих эту характеристику (*Шкала перфекционизма Бернса* и др.); 3) изучение взаимосвязи перфекционизма и депрессии в различных выборках (Blatt, 1995). В отечественной клинической психологии разработан оригинальный опросник и сформулированы предположения о структуре перфекционизма, которые включают такие характеристики, как завышенный уровень притязаний, поляризованная оценка собственной деятельности, преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках и др. (Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2001). *Патологический перфекционизм характеризуется сочетанием высоких стандартов и типичных для расстройств аффективного спектра когнитив-*

ных искажений в виде поляризованного мышления, негативного селектирования и т.д. (Гаранян, 2010).

Враждебность является также важной личностной чертой, описанной в качестве наиболее характерной для депрессивных пациентов еще К. Абрахамом и З. Фрейдом (Гл. 2.1). В исследованиях, оценивающих эффективность лечения депрессии (психофармакотерапии и психотерапии), получены данные о том, что высокий уровень враждебности пациента служит предиктором плохого рабочего альянса в обоих видах терапии. При этом отмечается, что способность к сотрудничеству является одним из важнейших условий хорошего результата терапии (Krupnick et al., 1996). Это подтверждает большое практическое значение данного направления исследований.

А.А. Абрамова с соавторами (2001) представили результаты исследования психометрических показателей агрессии в группах больных эндогенной и реактивной депрессией с помощью *Шкалы Басса–Дарки* и *Методики фрустрационной толерантности Розенцвейга.* По результатам опросника больные характеризуются более высокими, по сравнению со здоровыми, показателями открытой агрессии, и в то же время, отличаются тенденцией подавлять агрессивные проявления, направленные на окружающих, и сдерживать активный поиск виновного в фрустрирующих и обвинительных ситуациях.

Наиболее однозначные данные получены о связи такой личностной черты как *нейротизм* с риском возникновения депрессивного расстройства, плохим прогнозом течения заболевания и худшим терапевтическим эффектом лечения антидепрессантами. Основная характеристика нейротизма – повышенная конституциональная чувствительность к негативным стимулам. Лица с высоким показателем нейротизма склонны испытывать разнообразные негативные эмоции.

Многочисленные исследования по этой проблеме (Shawcross, Tyrer, 1985; Ulusahin, Ulug, 1997) обобщает Р. Малдер (2002). При большом количестве работ, подтверждающих связь депрессии и нейротизма, существуют некоторые ограничения использования этих данных. *Нейротизм представляет собой неспецифический фактор, который отражает уязвимость к расстройствам аффективного спектра и другим формам психической патологии* (Clark, Watson, 1991; Watson et al., 1988).

Можно выделить особый круг исследований, проводимых в русле *многофакторных моделей личностных черт* (Cloninger, 1987; Mulder, 2002) с использованием специальных многофакторных опросников

(Tridimensional Personality Questionnaire (*TPQ*), *Big Five dimensions (BF))*. Авторы предлагают системы описания личности, основанные на независимых личностных параметрах высшего порядка, которые отражают базовые поведенческие характеристики. Исследователи выделяют следующие факторы, или «фундаментальные единицы личности» (цит. по Первин,Джон, 2001): *поиск новизны* (novelty seeking, *TPQ*; resourcefulness, *BF*), *избегание вреда* (harm avoidance, *TPQ*), *зависимость от награды* (reward dependence, *TPQ*), *экстравертированность* (extraversion, *BF*), *ответственность* (conscientiousness, *BF*), *кооперативность* (agreeableness, *BF*), *эмоциональная стабильность* (emotional stability, *BF*), понимая их как обобщенные диспозиции реагировать определенным образом. Особое сочетание этих черт, по мнению авторов, может быть непосредственно связано с риском возникновения, течением и прогнозом лечения депрессивных расстройств.

Пятифакторная модель рассматривается как основа для адекватного представления структуры личности, кроме этого, соответствующий вопросник *NEO-PI* считается подходящим валидным инструментом для измерения этих основных параметров личности. Это подразумевает значительные потенциальные возможности приложения данной модели в плане психодиагностики личности и психопатологии, а также выбора терапии. В отечественной клинической психологии с помощью этого инструмента были получены данные о выраженности таких черт как *нейротизм* (низкая эмоциональная стабильность) и *трудности кооперации* (низкая кооперативность) с другими людьми у больных резистентными депрессиями (Пуговкина, Холмогорова, 2006).

Результаты, полученные в разнообразных исследованиях данного направления, являются весьма ценными как для теоретического понимания депрессии, так и для применения врачами-психиатрами и психотерапевтами на практике в дифференциальной диагностике и прогнозе терапии. Так, была показана роль высоких оценок по фактору *избегания вреда* как предиктора плохого прогноза успеха лечения. Есть указания на возможность использования модели для выбора определенных форм терапии. Например, индивиды с высокими оценками по фактору *открытость опыту* получат больше пользы от терапии, которая будет стимулировать познавательный поиск и фантазию, а индивиды с низкими значениями этого фактора, возможно, предпочтут более директивные формы терапии, в частности, медикаментозную.

Когнитивно-аффективный личностный стиль

Разработка представлений о негативном когнитивно-аффективном стиле больных расстройствами аффективного спектра во многом связана с пионерскими исследованиями А. Бека (см. Гл. 2.2). Один из наиболее бесспорных фактов, подтвержденных многочисленными исследованиями – как взрослые, так и дети с тревожными расстройствами проявляют избирательную чувствительность к угрожающим и неприятным стимулам. Эта повышенная чувствительность касается и памяти, и внимания, как при зрительном восприятии, так и при дихотомическом прослушивании, а также интерпретации неопределенных стимулов (Dattilio, Salas-Auvert, 2000). В отечественной психологии сходные данные были получены А.М. Прихожан (2000) при исследовании детей с высоким уровнем тревожности. Оказалось, что в младшем школьном возрасте тревожные дети запоминают преимущественно негативные события (неуспех), в отличие от эмоционально благополучных, которые запоминают больше приятных событий. В подростковом возрасте при достаточно точном запоминании пропорции позитивных и негативных событий, тревожные школьники испытывают постоянные сомнения и колебания, неуверенность в правильности своего восприятия успеха и неуспеха и значительную неудовлетворенность результатами своей деятельности. Тревожные дети и подростки затрудняются в своих прогнозах успеха–неуспеха и в выборе оптимальной зоны трудности задания.

Пациенты, страдающие тревожными расстройствами отличаются высокими показателями личностной тревожности. Пациенты с паническим расстройством отличаются от пациентов с другими тревожными расстройствами избирательным вниманием и сензитивностью к внутренним физиологическим стимулам и интерпретацией их как угрожающих (Dattilio, Salas-Auvert, 2000) – стиль, получивший название сомато-сенсорной амплификации (Barsky et al., 1990, 1993). Оказалось также, что пациенты, страдающие паническим расстройством (впрочем, также как и пациенты с другими тревожными расстройствами), испытывают сильное беспокойство по поводу самого состояния тревоги (страх страха), включая его физиологические и психологические симптомы.

С помощью специальных опросников, измеряющих сензитивность к состоянию тревоги, было установлено, что такая сензитивность особенно характерна для панических расстройств, причем ее наличие яв-

ляется важным фактором риска по развитию спонтанных панических атак (Reiss, 1991; Maller, Reiss, 1992). Опросники включали утверждения типа: «Страшно, когда мое сердце быстро колотится», «Для меня важно не проявлять нервозности», а испытуемые должны были выразить согласие или несогласие с этими утверждениями. Высокая личностная тревожность коррелирует с сензитивностью к тревоге (страхом страха), однако при регрессионном анализе выяснилось, что только последняя является фактором риска по развитию панического расстройства. В иерархической модели психологических факторов развития тревожных расстройств С. Райса *страх страха и страх негативной оценки являются факторами первого ранга*, в то время как личностная тревожность относится к факторам второго ранга (Reiss, 1991).

Уже давно дискутируется вопрос о наличии *личностной предиспозиции, предрасполагающей к соматизации*. Можно выделить два основных направления поиска: концепция алекситимии, разрабатываемая с 1970-х гг. и концепция особых когнитивных нарушений, разрабатываемая в последнее десятилетие. Начнем с последнего направления, которое, несомненно, возникло в связи с бурным развитием и успехами когнитивной психотерапии.

Это направление во многом связано с работами А. Барского и его сотрудников (Barsky et al, 1988, 1990, 1993). В качестве важной детерминанты соматоформных нарушений рассматривается особый когнитивный стиль восприятия телесных ощущений, обозначенный термином «соматосенсорное усиление или амплификация» (*somatosensory amplification*). Этот стиль описывает по-разному *выраженную у разных пациентов тенденцию воспринимать телесные ощущения как чрезмерно интенсивные, потенциально опасные и неприятные*. Помимо этого он характеризуется повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. А. Барский показал, что у людей с интероцептивным стилем восприятия выше страх смерти, больше озабоченность здоровьем, они больше склонны интерпретировать неясные телесные симптомы как признаки опасного заболевания.

П. Сальковскис (Salkovskis, 1989, 1995) отмечает особый когнитивный стиль этих больных в плане установок по отношению к здоровью и медицине, например: «Здоровье означает полное отсутствие каких-либо нарушений», «Боль в ногах может быть признаком инфаркта миокарда», «Врач всегда обязан установить диагноз, назначить лечение и

избавить от симптомов». При этом *представления о связи между физическим и психическим могут быть очень поверхностными или же вообще отсутствовать.*

Понятие алекситимии, несколько отодвинутое во второй половине 1980-х гг., приобретает все более актуальное звучание в связи с новой волной интереса к соматизации в ее новом, более узком значении, связанном с введением категории соматоформного расстройства в МКБ-10. Предложенный в 1972 г. П. Сифнеусом термин «алекситимия» («безречечувствие» в буквальном переводе) обозначает целый ряд нарушений, обусловливающих особый способ переживания и выражения индивидом собственных эмоций: затруднения в осознании и словесном описании собственных чувств или трудности в вербализации эмоций; особый стиль мышления с бедностью символизации, ориентацией на детали внешних событий (так называемое операторное мышление); трудности разведения эмоциональных состояний и телесных ощущений, с периодическими вспышками гнева или слезливости, но неспособности объяснить свои переживания при расспросах; высокая социальная конформность, благодаря которой зачастую люди с высоким уровнем алекситимии выглядят хорошо адаптированными, но на самом деле часто ведут роботоподобное существование с опорой на внешние нормы и инструкции; сниженная эмпатическая способность и выраженные трудности интернализации конфликтов (Sifneos et al., 1977).

Характер связи алекситимии и соматизации остается предметом жарких дискуссий (Гаранян, Холмогорова, 2003; Николаева, 1991; Тхостов, 2002; Lipowsky, 1988, 1989; Kellner, 1990). Основным инструментом для выявления алекситимии, как уже упоминалось, является специально созданная для этих целей Торонтская шкала алекситимии, включающая три подшкалы: осознание эмоций, выражение эмоций, экстернальное мышление (Taylor, 1984).

Некоторые авторы предлагают различать первичную и вторичную алекситимию: 1) первичная – по тем или иным причинам неразвившаяся способность к осознанию и выражению чувств; 2) вторичная – доминирование в процессе развития защитных механизмов избегания, отрицания и вытеснения. Следует отметить, что резкое преобладание таких защитных механизмов может привести к утрате навыков осознания и выражения чувств, т.е. к устойчивой алекситимии.

Другие авторы предлагают говорить об алекситимии как черте личности и как состоянии (*state and trait alexithymia*): «алекситимия как

состояние может возникнуть в виде реакции на депрессию и тревогу, и, таким образом, может быть транзиторным феноменом, характеризующимся повышением балльных оценок только по подшкалам, связанным с чувствами. Остается, однако, непонятным, как эта специфически связанная с чувствами алекситимия отличается от отрицания и вытеснения» (Krystal, 1988; P.51).

Сейчас алекситимия рассматривается как один из нескольких возможных общих факторов риска по соматизации (Lipowsky, 1988), а также важный барьер в оказании психологической помощи этому контингенту. Можно выделить четыре модели возможной этиологии самого феномена алекситимии.

1. Генетически запрограмированное свойство организации центральной нервной системы. Предположение о генетической этиологии позволяют выдвинуть исследования о выраженной латерализации левого полушария головного мозга у людей с алекситимией, а также данные о том, что активное фантазирование коррелирует с активацией правого полушария. По некоторым данным, подвергнутые комиссуротомии, становятся алекситимными (Калинин, Максимова, 1994; Kellner, 1990).
2. Защитный механизм, складывающийся с детства, как способ защиты от большого количества негативных эмоций, например, в семьях с проблемой алкоголизации. Известно, что близкие родственники больных соматоформными расстройствами часто страдают алкоголизмом: «Дети, выросшие с жестокими родителями или сиблингами, должны как-то приспособиться к постоянной угрозе их формирующейся идентичности. При выражении чувств эти наиболее уязвимые и молодые члены семьи дорогой ценой платят за ощущение защищенности – ограничением возможности восприиимать то, что они чувствуют на самом деле. В то время, как другие дети учатся воспринимать и коммуницировать свои эмоции, эти дети должны бороться за выживание в климате родительской семьи, провоцирующем ужасные эмоции» (Kleinberg, 1996; P. 12). С психоаналитических позиций алекситимия, в этом случае, является следствием работы таких защитных механизмов как изоляция аффекта и проективная идентификация.
3. Раннее научение от алекситимной матери. Эта гипотеза подтверждается исследованиями Д. Биренбаума и Т. Джемса, которые показали, что высокий уровень алекситимии коррелирует с сообщения-

ми испытуемых о сниженной эмоциональной экспрессивности и преобладании негативных эмоций в их родительской семье (Berenbaum, James, 1994). Многие психоаналитические наблюдения подтверждают, что способность ребенка интегрировать эмоции в психологические структуры зависит от способности их родителей интегрировать и вербализовывать чувства (Kleinberg, 1996).

4. Общее влияние социального окружения, в котором навыки эмоциональной жизни подавляются и мало развиваются. Обучение в современной культуре развивает преимущественно левое полушарие, существует много запретов, связанных с эмоциональным поведением и т.п. По ряду данных, алекситимия коррелирует с возрастом, образованием и социальным положением, что можно в определенной степени объяснить зависимостью способности к внутренней эмоциональной жизни от уровня образования и социального положения.

Таким образом, среди личностных факторов депрессивных и тревожных расстройств все большее значение придается враждебности и перфекционизму, как препятствующим успешности медикаментозного лечения и психотерапии. По данным ряда исследований, важным фактором соматизации является алекситимия, которая также служит одним из основных барьеров в оказании психотерапевтической помощи пациентам с выраженной соматизацией, необходимы дальнейшие исследования связи соматизации и алекситимии.

4.4. Интерперсональные факторы

Социальная поддержка – неспецифический фактор-протектор психического здоровья

В наше время исследования социальной поддержки активно ведутся в рамках социальной психиатрии (Гурович с соавт., 2004; Caplan, 1974). *Социальная поддержка* фактически представляет собой систему непрофессиональной помощи в профилактике и лечении психических расстройств, поэтому внимание к ней и ее стимуляция начинают занимать все большее место в современной психиатрии. Такие известные исследователи как Б.С. и Б.Р. Доренвенд (1974), а также Г. Броун и Т. Харрис (1978) пришли к проблеме социальной поддержки, изучая связь между жизненными стрессами (*stressfull life-events*) и психическими нарушениями. Они исследовали социальиую поддержку, чтобы понять, почему при наличии стрессов у одних возникают психические заболевания,

а у других – нет. Так называемая стресс-буферная модель социальной поддержки была также инспирирована сообщениями Д. Кассела. Он развил гипотезу, что благоприятное социальное окружение повышает резистентность к биологическим вредностям (таким, как инфекции) и к психологическим стрессам (Cassel, 1976).

Почему проблемы социальной поддержки приобретают такую остроту и популярность именно сейчас? Думается, что это во многом связано с макросоциальными факторами: распадом традиционных семейных и клановых структур, а также возрастающей ценностью индивидуального успеха и достижений, что при конкретном воплощении оборачивается нередко все большей изоляцией людей друг от друга.

Систематическое научное изучение защитной роли социальных связей в психическом и физическом здоровье начинается лишь в 1980-е гг. Именно в это время отмечается бурный рост исследований роли социальной поддержки для здоровья и эмоционального благополучия человека.

Социальную поддержку человек получает, прежде всего, от своего ближайшего социального окружения – родственников, друзей, знакомых. Разные авторы выделяют разные виды социальной поддержки, здесь нет единства взглядов. Авторы известного опросника социальной поддержки Г. Зоммер и Т. Фюдрик (Sommer, Fydrich, 1989) предлагают выделять следующие ее виды: 1) эмоциональная, связанная с переживанием позитивного чувства близости, доверия и общности; 2) поддержка при решении проблем: возможность обсуждать проблему, получать нужную информацию, ободрение и обратную связь о собственном поведении и переживаниях; 3) практическая или материальная поддержка: деньги или вещи, помощь в выполнении тяжелой работы или другая практическая помощь, освобождение от нагрузок; 4) поддержка в форме социальной интеграции: включенности в определенную сеть социальных интеракций, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни; 5) поддержка в виде стабильности отношений, дающей чувство уверенности в них и чувство доверия.

В силу методических трудностей представляется практически невозможным объективное изучение количества и качества разных видов поддержки; исследователи вынуждены полагаться на самоотчет человека о получаемой им поддержке. Поэтому принято говорить о воспринимаемой социальной поддержке, которая, собственно, и становится предметом изучения в исследованиях. Существующие инструменты оценки уров-

ня социальной поддержки (например, уже упомянутый *Опросник Зоммера и Фюдрика*) пытаются снизить субъективность оценки за счет очень конкретных вопросов типа: «Если вы надолго уезжаете из дома, можете ли вы попросить кого-то поливать Ваши цветы?» и т.д.

Хотя абсолютное большинство исследований указывает на прямую статистически значимую корреляцию между воспринимаемой поддержкой и уровнем психического и физического здоровья, эта связь, безусловно, не является абсолютно однозначной. Так, в целом ряде случаев чрезмерная поддержка может превращаться в фактор дезадаптации, препятствующий развитию самостоятельности или подкрепляющий дезадаптивные формы поведения (Гл. 4.1).

В качестве наиболее важных для психического здоровья разные авторы выделяют следующие аспекты социальной поддержки: 1) доступность, которая связана с общим ощущением человека, что если что-то случится или будет тяжело, есть кому разделить с ним эти трудности; 2) общая удовлетворенность человека получаемой им поддержкой; 3) реципрокность или взаимность оказываемой поддержки; 4) частота и регулярность.

Понятие социальной поддержки тесно связано с понятием «социальная сеть». Под социальной сетью понимается ближайшее окружение больного, которое представляет собой основной источник реальной или потенциальной поддержки. Социальная сеть имеет ряд параметров, которые исследуются с помощью специально разработанных опросников. К ее основным характеристикам относится *размерность*, определяемая по общему числу входящих в нее людей и *ядро*, которое образуется количеством наиболее значимых лиц.

Что касается роли разных фигур социальной сети, то согласно исследованиям группы Дж. Брауна, наиболее надежный способ получения социальной поддержки – теплые доверительные отношения в диаде. Это, прежде всего, отношения с интимным партнером, предполагающие близость и доверие, а также возможность открытого выражения чувств (Brown, Harris, 1978; Brown et al, 1986). Имеются работы, подтверждающие, что в период психологического кризиса или болезни супруги, ближайшие родственники являются основным источником поддержки (Greenblatt et al, 1982). Так, исследование безработных показало, что меньше эмоциональных нарушений и соматических симптомов было у тех, кто имел эмоциональную поддержку со стороны жены. Другие авторы стали подчеркивать важную роль доверительных отно-

шений в более широкой социальной сети (Brugha, 1988; Henderson, 1980). В частности, обнаружилось, что в большинстве случаев родственники оказывают длительную помощь, соседи оказывают помощь в чрезвычайных обстоятельствах, друзья помогают справиться с личностными и межличностными проблемами, а также проблемами, связанными с личностным ростом. В ходе изучения мужчин, выздоравливающих после сердечного приступа, выяснилось, что хотя семья и образует ядро поддержки, существует более широкая система друзей и соседей, которые вносят равный, а иногда и превосходящий возможности родственников вклад (Greenblatt et al, 1982).

Наличие связей с коллегами также оказалось важным источником поддержки – исследования показали, что работа вне дома является важным протектором от депрессии у женщин в стрессовых ситуациях (Brown, Harris, 1978; Warr, Perry, 1982).

Родительская семья и интерперсональные отношения во взрослом возрасте

Важный для обоснования гипотез данной работы цикл исследований посвящен установлению взаимосвязи раннего детского опыта в родительской семье с межличностными отношениями в зрелом возрасте. Эти исследования проводятся в опоре на теорию привязанности Дж. Боулби (Гл. 2.5), согласно которой именно в детстве закладывается модель отношений с миром, а именно, ранняя связь с матерью (Дж. Боулби называет эту связь *рабочей моделью*), она создает базис для всех последующих отношений с людьми.

Многие авторы выступили с критикой столь однозначной линейной закономерности, провозглашенной теорией привязанности. Вместе с тем это был существенный шаг по сравнению с психоанализом в плане возможности объективных эмпирических исследований. Дж. Боулби критиковал психоанализ за его фиксацию на фантазиях пациента и игнорировании реальных отношений с социальным окружением. В целом, исследования подтвердили идею Дж. Боулби о важности ранних отношений для построения последующих социальных связей. Немецкие исследователи показали, что надежные отношения с обоими родителями являются важным предиктором хороших отношений со сверстниками в возрасте 5 лет (Grossmann, Grossmann, 1991). Это же исследование показало, что в возрасте 10 лет надежные отношения с родителями в раннем детстве являлись предиктором уверенности в себе, в своих друзьях и наличии потенциальной поддержки от социального окру-

жения. У детей с ненадежной родительской привязанностью было меньше друзей, у них чаще возникали проблемы с отвержением среди сверстников. В этом важном исследовании, было показано, что качество привязанности или межличностных отношений остается стабильным у 80% выборки на протяжении 5–10 лет. Авторы связывают эту стабильность с устойчивостью сформированных в раннем детстве когнитивных структур и называют эти структуры вслед за Дж. Боулби «рабочей моделью», считая их неизменными, относительно интактными по отношению к новому опыту и с трудом поддающимися перепроверке и коррекции.

Такой вывод, с точки зрения признанного специалиста по социальным сетям Л. Чемпион, может иметь огромное значение для понимания многочисленных данных о нарушениях социальной поддержки среди пациентов с психической патологией (Champion et al, 1995). Можно предположить, что ответственны за это именно устойчивые когнитивные структуры в виде дисфункиональных убеждений относительно себя и окружающих людей. Вместе с тем, Л. Чемпион отмечает, что основные исследования такой связи были проведены на здоровой выборке, среди достаточно устойчивых и адаптированных семей. Поэтому стоит задача проведения подобных исследований применительно к психическим расстройствам, в частности расстройствам аффективного спектра.

Следует подчеркнуть, что связь между характером привязанности в детстве и последующим социальным функционированием не является однозначной и линейной. Исследования жизненных путей (follow up studies) показали, что возможна коррекция этого опыта, причем как в лучшую, так и в худшую сторону. В частности, было показано, что не существует прямой корреляции между эффективным выполнением родительских функций в зрелом возрасте и позитивным опытом отношений с собственными родителями в детстве (Fonagy et al, 1991; Mainn, 1991). Интересно, что «более важной оказалась способность рефлектировать свой опыт и открыто говорить о нем» (Champion et al, 1995; P.70). В ходе такого обсуждения происходит переосмысление и интеграция своего детского опыта и сознательное построение более эффективной рабочей модели в отношениях с собственным ребенком. *С нашей точки зрения из этого исследования можно сделать крайне важный вывод о том, что такая рефлексия способствует перестройке первичных дисфункциональных когнитивных структур и освобождает, таким образом, от их влияния.*

Неверно рассматривать только мать в качестве заботящейся фигуры, важен сложный и разнообразный ежедневный опыт ребенка в межличностных отношениях и не только в раннем детстве (Thompson et al, 1982). Таким образом, считает Л. Чемпион, «преждевременно делать вывод о том, что базой поддерживающего социального окружения является надежная привязанность к родителям в младенчестве» (Champion et al, 1995; P.66). Как показали исследования риск психических расстройств связан с недостатком заботы после утраты родителя, а не с утратой родителя самой по себе.

Таким образом, накоплено достаточно много данных, свидетельствующих о том, что *дисфункциональные отношения в раннем детстве могут быть скомпенсированы за счет более позднего положительного опыта межличностных отношений и рефлексии собственного негативного опыта*. Прежние представления, уходящие корнями в психоанализ, о существовании критического определяющего все последующие отношения периода в целом не подтверждаются современными эмпирическими исследованиями. Эти данные, в частности, являются дополнительной базой для оптимистичных прогнозов относительно возможностей психотерапии.

Некоторую ясность о роли более позднего опыта межличностных отношений для умения строить эффективные социальные отношения в зрелом возрасте внесли лонгитюдные исследования. Так, американским исследователем А. Скольником было проведено лонгитюдное исследование 62 мужчин и женщин, начиная с детства (Skolnik, 1986). Лонгитюд включал три этапа: на первом – оценивалось качество отношений с матерью в возрасте от 21 до 30 месяцев – надежность привязанности (оценка была основана на данных интервью и прямом наблюдении за испытуемыми у них дома); на втором – была проведена также тщательная оценка отношений со сверстниками на следующих срезах: 6–8 лет, 9–11 лет, 12–14 лет, 15–18 лет; на третьем – в зрелом возрасте измерялись социальная адаптация, удовлетворенность браком и психическое здоровье. Оказалось, что нет однозначной связи между отношениями в раннем детстве, отношениями со сверстниками и отношениями в зрелом возрасте. В частности, оказалось, что хорошие отношения со сверстниками в детстве могут иметь место, несмотря на дисфункции в отношениях с родителями в раннем возрасте, при этом хорошие отношения со сверстниками являются предиктором эффективных межличностных связей в зрелом возрасте.

Исследования А. Скольника (1986) показали, что качество отношений со сверстниками является также одним из предикторов психического здоровья взрослых. Так, дети, которые активно отвергались своими сверстниками, имели больше риска по психическим дисфункциям в зрелом возрасте. В зависимости от реакции на отвержение сверстниками могут быть разные виды дисфункций. Чувство одиночества без агрессии и активного сопротивления ведет к интернализации трудностей в виде депрессии или тревоги. По контрасту более агрессивные дети, испытывающие отвержение со стороны сверстников, более предрасположены к нарушениям поведения в виде низкого контроля, делинквентности и криминальности, другими словами, здесь имела место экстернализация трудностей.

Исследование К. Доджа показало, что агрессивные и не пользующиеся признанием среди сверстников дети, склонны приписывать враждебность своему окружению (Dodge, 1980). Важный урок из этих исследований – *нельзя недооценивать детскую дружбу как важный вид привязанности, способствующий созданию эффективной рабочей модели даже вопреки дисфункциям в отношениях с родителями (или наоборот)*. Эти дружеские отношения со сверстниками могут стать опытом, имеющим решающее влияние на характер межличностных отношений в зрелом возрасте.

Целый ряд исследований продемонстрировал большую важность межличностных отношений в подростковом возрасте для последующего развития. Лонгитюдинальное исследование группы школьников в Нью-Йорке (Kandel, Davies, 1986) в 15–16 лет показало, что 9 лет спустя во взрослом возрасте те, кто в детстве не имел близких отношений со своими родителями, также дистанцирован от своих супругов и партнеров. Феномен усиливался, если отделенность от родителей сопровождалась другими дисфункциями в отношениях. Позднейший анализ этих данных показал, что в интимных отношениях индивиды в зрелости демонстрируют те же установки, что были для них характерны в подростковом возрасте. Это касается также этических, образовательных, религиозных и других установок.

Фундаментальное лонгитюдинальное исследование, проведенное Л. Чемпион с коллегами в 1995 г. (Champion et al, 1995), было начато в 1970 г. М. Руттером и его коллегами (Rutter et al, 1975; Maughan, 1989). Было исследовано 228 человек – учеников лондонской школы в возрасте 10 лет. Половина из них имела нарушения поведения, половина (конт-

рольная группа из той же популяции) – не имела. Было взято детальное интервью с родителями, касающееся отношений в семье и отношений со сверстниками. Спустя 25 лет Л. Чемпион и ее коллеги провели обследование этих детей, используя полуструктурированное интервью, измеряющее социальную поддержку, и опросники, измеряющие текущую социальную поддержку (исследовались как эмоциональная, так и инструментальная поддержка). Общий вывод исследования таков: качество отношений с матерью в возрасте 10 лет оказалось статистически значимо связано с качеством как эмоциональной, так и инструментальной поддержки в зрелом возрасте 25 лет спустя (исследовалась поддержка со стороны ядра социальной сети). Результаты соответствовали ожиданиям – обедненные отношения с матерью ассоциировались с меньшей способностью получать эмоциональную и практическую поддержку и большим разрывом между имеющимся и желаемым уровнем поддержки со стороны других. Сходные закономерности были выявлены при изучении отношений с отцом в раннем детстве. В этом исследовании получили также подтверждение данные о важности отношений со сверстниками в детстве для последующей способности создавать адекватную социальную сеть: трудности в отношениях со сверстниками в детстве коррелировали с высоким уровнем разрыва между имеющейся и желаемой поддержкой со стороны значимых других в зрелом возрасте.

Таким образом, многочисленными исследованиями доказана важная роль социальной поддержки в физическом и психическом здоровье. Отмечается дефицит исследований социальной поддержки у больных с расстройствами аффективного спектра, прежде всего с тревожными и соматоформными, нуждается в дальнейшей проверке на клинических выборках гипотеза связи опыта отношений в родительской семье и качества интерперсональных отношений во взрослом возрасте.

***

Анализ психологических и социальных факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психо-социальной модели позволяет сделать следующие ***выводы.***

1. *Макросоциальный уровень.* Беспрецедентный рост социального сиротства в России приводит к значительному повышению риска возникновения различных психических расстройств, в том числе расстройств аффективного спектра, так как согласно ис-

следованиям дети-сироты представляют собой одну из основных групп риска по различным эмоциональным нарушениям (Коробейников, 1997; Лангмейер, Матейчик, 1984; Ослон, 2002; Ослон, Холмогорова, 2001 а, б; Прихожан, Толстых, 2005; Bowlby, 1951, 1980). Подавляющим большинством авторов подчеркивается необходимость семейного жизнеустройства детей для компенсации этих нарушений.

Другой важный макросоциальный фактор расстройств аффективного спектра – культ успеха и совершенства, перфекционистские стандарты учебной подготовки и внешнего вида. Их культивирование в современном обществе приводят к семейному и личностному перфекционизму, конкурентности и враждебности, которые в свою очередь связаны с хроническим недовольством собой, повышенными и вредными для здоровья нагрузками, трудностями в интерперсональных отношениях (Холмогорова, Гаранян, 1998 а, б; Воликова, Холмогорова, Галкина, 2006).

Особенности гендерных стереотипов поведения – культ силы и мужественности у мужчин связан с высоким уровнем запрета на выражение чувств и обращение за помощью. Трудности предъявления жалоб, обращения за помощью, получения лечения и поддержки повышают риск невыявленных эмоциональных нарушений у мужчин, выражаются во вторичной алкоголизации и антивитальном поведении (Меллер-Леймкюллер, 2004).

2. *Семейный уровень.* В последние десятилетия наблюдается повышенное внимание исследователей к семейным факторам расстройств аффективного спектра. Исследования позволили выявить целый ряд дисфункций родительских семьи, общих для больных расстройствами аффективного спектра, которые систематизируются на основе *четырех-аспектной модели* семейной системы (Воликова, 2006; Холмогорова 2006, 2010 б): 1) *структура* – симбиозы и разобщенность, закрытые границы (Бобров, Белянчикова, 1999; Воликова 2006; Самоукина, 2000, Эйдемиллер, Юстицкис, 2000); 2) *микродинамика* – высокий уровень критики, давления и контроля (Воликова, 2006; Hudhes, 1984; Parker, 1981, 1993 и др.); 3) *макродинамика* – тяжелые болезни и смерти родственников, физическое и сексуальное насилие в семейной истории (Воликова, 2006; Declan, 1998; Hill et al., 2001; Payne, Norfleet, 1986; Scott et al., 1998); 4) *идеология* – перфекционистские стандарты,

ценность послушания и успеха (Воликова, 2006; Гаранян, 2006; 2010; Гаранян с соавт., 2001; Ким, 1997; Blatt et al., 1995).

Дж. Паркер попытался выделить *специфические семейные факторы депрессивных и тревожных расстройств* (Parker, 1981, 1993). Он охарактеризовал стиль детско-родительских отношений депрессивных пациентов как «холодный контроль», а тревожных как «эмоциональные тиски». В отношении семей больных соматоформными расстройствами существует гипотеза «физической угрозы» – повышенная частота событий, связанных с угрозой физическому здоровью в семье. Имеются исследования, указывающие на тесную связь выделенных семейных дисфункций с формированием дисфункциональных личностных установок у детей.

3. *Личностный уровень.* Если в работах психиатров доминируют исследования различных типов личности (типологической подход), как фактора уязвимости к расстройствам аффективного спектра (Банников, 1999; Вельтищев, Гуревич, 1994; Akiskal et al., 1980, 1983; Shimoda, 1941; Tellenbach, 1975), то в современных исследованиях клинических психологов преобладает параметрический подход – исследование отдельных личностных черт, установок и убеждений, а также исследования аффективно-когнитивного стиля личности (Гаранян, 2006; Beck, et al., 1979; Enns, Cox, 1997; Lipowsky, 1989). *В современных исследованиях депрессивных и тревожных расстройств негативный прогноз лечения (как медикаментозного, так и психотерапии) связывается с такими личностными чертами, как перфекционизм и* (Гаранян, 2006, 2010; Гаранян, 2009, Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2001; Frost et al., 1993; Hewitt, Fleet, 1990) *и враждебность* (Абрамова с соавт., 2001; Гаранян с соавт., 2003; Fava, 1993).

   Со времени введения концепции алекситимии (Nemiah, Sifneos, 1970) не прекращаются исследования этого аффективно-когнитивного стиля личности, как фактора соматизации, и дискуссии относительно его роли (Гаранян, Холмогорова, 2003; Николаева, 1991; Тхостов, 2002; Kellner, 1990; Lipowsky, 1988, 1989). *Алекситимия является одним из главных факторов, затрудняющих проведение психотерапии любого вида.*

4. *Интерперсональный уровень.* Основной блок исследований этого уровня касается роли социальной поддержки как неспецифического фактора возникновения и течения различных психических рас-

стройств (Холмогорова с соавт., 2003; Brugha, 1995; Greenblatt et al., 1982). Как показывают эти исследования, дефицит близких поддерживающих межличностных отношений, формальные, поверхностные контакты тесно связаны с риском возникновения различных эмоциональных нарушений и социальной адаптации. Важную роль в интерперсональных трудностях, неспособности строить конструктивные отношения и получать достаточное количество поддержки играют семейные факторы – качество отношений в родительской семье. *Преодоление негативного опыта семейных отношений в детстве требует его осознания и рефлексии.*

5. Макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра тесно связаны между собой и представляют *определенную систему*, *необходимо их комплексное изучение и комплексный учет в процессе проведения психотерапии этих расстройств.*

РАЗДЕЛ II

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ МНОГОФАКТОРНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Глава 5
Организация исследования

5.1. Замысел исследования: обоснование гипотез и общая характеристика обследованных групп

Исследования факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психосоциальной модели велись в двух основных направлениях: 1) популяционное исследование; 2) исследование клинических групп. Первое было направлено на изучение факторов *макросоциального* уровня и выделение *групп риска*. Второе – на изучение факторов *семейного, личностного и интерперсонального* уровней. Исследование факторов семейного уровня осуществлялось в опоре на *четырех-аспектную модель* семейной системы. Все гипотезы выдвигались на основании анализа существующих теоретических подходов и эмпирических исследований расстройств аффективного спектра, представленного в Разделе I, а также собственного опыта практической работы.

Популяционное исследование

При проведении популяционного исследования использовались опросники, построенные на самоотчете испытуемых о своем эмоциональном состоянии и направленные на выявление симптомов депрессии и тревоги, а также специальные опросники, направленные на выявление гипотетических факторов эмоциональных нарушений. С целью избегания стигматизации для обозначения тревожной и депрессивной симптоматики у представителей различных популяционных групп использовался термин «эмоциональные нарушения», а не термин «расстройства аффективного спектра».

Для исследования *распространенности эмоциональных нарушений среди детей и молодежи* было проведено исследование учащихся московских школ и гимназий (всего 609 человек), а также исследование студентов московских вузов (всего 309 человек). Оценка выраженности симптомов депрессии и тревоги в этом исследовании осуществлялась с помощью *Опросника детской депрессии Ковак* и *Шкалы личностной тревожности Прихожан* (при исследовании школьников), *Опросников депрессии и тревоги Бека* (при исследовании студентов). Результаты исследования будут представлены в Гл. 6.1.

Для исследования *влияния макросоциальных факторов были выделены предполагаемые группы риска по расстройствам аффективного спектра*: дети-социальные сироты; дети из неблагополучных семей; дети из классов и школ с повышенной учебной нагрузкой; юноши и девушки, вовлеченные в деятельность по коррекции фигуры в клубах фитнеса и бодибилдинга. Также специально проводилось исследование полоролевых стереотипов эмоционального поведения – установок по отношениям к эмоциям, которые могут затруднять их переработку, у представителей женского и мужского пола.

Ниже приводится табл. 5, в левом столбце которой представлены четыре изученных макросоциальных фактора, в среднем – названия обследованных групп и общее число обследованных в рамках изучения каждого из четырех выделенных факторов. В правом столбце представ-

Таблица 5

Общая организация исследования факторов макросоциального уровня

Факторы макросоциального уровня	***Обследованные группы***	***Методики***
1. Распад и алкоголизация семей, волна социального сиротства, рост числа детей, имеющих травматический семейный опыт насилия и потерь	Дети–социальные сироты, Дети из социально неблагополучных семей, Дети из обычных семей, N = 141 человек	Опросник детской депрессии Ковак, Шкала личностной тревожности Прихожан, Тест на эмоциональный словарь Кристалла
2. Рост учреждений образования (УО) с повышенной учебной нагрузкой, перфекционистские образовательные стандарты	Дети из УО с повышенной нагрузкой, Дети из обычных классов, Родители детей из УО с повышенной нагрузкой, Родители детей из обычных классов, N = 197 человек	Опросник детской депрессии Ковак, Шкала личностной тревожности Прихожан, Опросник перфекционизма
3. Культ физического совершенства в виде перфекционистских стандартов веса и пропорций тела, навязчивая реклама и пропаганда этих стандартов в средствах массовой информации	Девушки, занимающиеся коррекцией фигуры, Девушки, не вовлеченные в эту деятельность, Юноши, занимающиеся коррекцией фигуры, Юноши, не вовлеченные в эту деятельность, N = 170 человек	Опросники тревоги и депрессии Бека, Шкала физического перфекционизма, Опросник перфекционизма
4. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения, затрудняющие психологическую переработку эмоций	Мужчины Женщины N = 210 человек	Опросник запрета на выражение чувств (*ЗВЧ*)

лены методики, которые использовались при исследовании каждой из групп.

Рассмотрим несколько подробнее каждый из выделенных факторов и сформулируем основные гипотезы их исследования.

Фактор 1. Распад и алкоголизация семей, волна социального сиротства, рост числа детей, имеющих травматический опыт насилия и потерь.

Для изучения этого фактора проводилось сравнительное исследование трех групп подростков – детей-социальных сирот, детей из социально неблагополучных семей, детей из обычных семей. Как было показано в Гл. 4.1, имеются убедительные научные данные о том, что сиротство является важным фактором риска развития расстройств аффективного спектра у детей, а также у взрослых, переживших сиротство в детском возрасте (Bowlby, 1973, 1980; Brown, Harris, 1978). При этом патогенной для психического здоровья является не утрата родителя сама по себе, а отсутствие адекватной замещающей заботы. Исследования последних десятилетий показали, что проживание ребенка в неблагополучной семье с высоким уровнем насилия и критики также предрасполагает к депрессивным, тревожным и соматоформным расстройствам (Воликова, 2006; Холмогорова с соавт., 2005; Эйдемиллер, Юстицкис, 1999; Parker, 1981, 1993). Ряд исследователей показывает, что у детей, растущих в таких семьях, отмечаются трудности в переработке негативных эмоций в виде алекситимии (Krystal, 1988).

Согласно основной гипотезе данного исследования наиболее патогенным в плане эмоциональных нарушений у ребенка является отсутствие семьи. Даже проживание в неблагополучной семье является менее травматичным, чем полная утрата семьи, хотя при высоком уровне насилия и пренебрежении потребностями ребенка изъятие его из семьи может являться единственным выходом. Тем не менее, доказательство этой гипотезы должно способствовать дальнейшему обоснованию задач развития социальной и психологической службы помощи семье, своевременной реабилитации кровной неблагополучной семьи и семейного жизнеустройства детей-социальных сирот, число которых в России по данным официальной статистики превышает 700 тысяч.

Были выдвинуты следующие *гипотезы*:

- у детей-социальных сирот выше уровень симптомов депрессии и тревоги и более бедный эмоциональный словарь по сравнения с детьми из обычных семей;

- у детей-социальных сирот выше уровень симптомов депрессии и тревоги и более бедный эмоциональный словарь по сравнению с детьми из неблагополучных семей.

Результаты исследования фактора социального сиротства будут представлены в Гл. 6.2.

Фактор 2. Культ совершенства и перфекционистские образовательные стандарты как факторы эмоциональных нарушений у детей.

Макросоциальные факторы ведут к расслоению общества. Это выражается, с одной стороны, в обнищании и деградации части населения и распаде семей; а с другой – в росте числа обеспеченных семей с запросом на организацию элитных учреждений образования с перфекционистскими образовательными стандартами. Выраженная ориентация на успех и достижения, интенсивные учебные нагрузки в этих учреждениях также создают угрозу эмоциональному благополучию детей (Воликова, Холмогорова, Галкина, 2006). Рост учреждений образования с повышенными нагрузками отражает рост родительских стандартов и требований к подготовке ребенка. Родительский перфекционизм в свою очередь отражает общие культуральные тенденции – культ успеха и совершенства, а также страх перед нестабильностью общества и желание обеспечить будущее ребенка. Естественное желание дать хорошее образование своему ребенку может приобретать формы патологического перфекционизма и выражаться в завышенных требованиях к нему, высоком уровне критики и недовольства, постоянном сравнении с более успешными детьми, что может наносить существенный вред эмоциональному благополучию детей. Исследования родительского перфекционизма как фактора депрессии рассмотрены в Гл. 4.2.

Для изучения влияния этого фактора проводилось обследование детей, занимающихся по программам разного уровня сложности, и их родителей, результаты которого представлены в Гл. 6.3. Были выдвинуты следующие *гипотезы*:

- у детей гимназических классов выше показатели эмоционального неблагополучия по сравнению с детьми из обычных классов;
- у родителей детей из гимназических классов выше уровень перфекционизма по сравнению с родителями детей из обычных классов;
- показатели родительского перфекционизма связаны с показателями эмоционального неблагополучия детей.

Фактор 3. Культ физического совершенства как фактор эмоциональных нарушений у молодежи.

Другим проявлением культа успеха и совершенства в обществе является широкая пропаганда в средствах массовой информации нереалистичных перфекционистских стандартов внешнего вида (веса и пропорций тела), масштабный рост клубов фитнеса и бодибилдинга. Для части посетителей этих клубов деятельность по коррекции фигуры приобретает сверхценный характер. Как показывают западные исследования, культ физического совершенства ведет к эмоциональным расстройствам и нарушениям пищевого поведения, тоже относящимся к спектру аффективных расстройств (Скэрдеруд, 2003; Cash, 1997).

Для изучения этого фактора проводилось обследование юношей и девушек, занимающихся коррекцией фигуры в клубах фитнеса и бодибилдинга, а также юношей и девушек, не вовлеченных в эту деятельность. Всего обследовано четыре группы. Были выдвинуты следующие *гипотезы*:

- у юношей и девушек, занимающихся коррекцией фигуры, выше уровень эмоционального неблагополучия по сравнению с юношами и девушками, не вовлеченными в эту деятельность;
- у юношей и девушек, занимающихся коррекцией фигуры, выше уровень общего и физического перфекционизма по сравнению с юношами и девушками, не вовлеченными в эту деятельность;
- уровень физического перфекционизма связан с выраженностью эмоционального неблагополучия.

Результаты исследования фактора, связанного с культом физического совершенства в современном обществе, отражены в Гл. 6.4.

Фактор 4. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения, затрудняющие психологическую переработку различных эмоций.

Такой макросоциальный фактор, как гендерные стереотипы, также оказывает значительное влияние на психическое здоровье и эмоциональное благополучие, хотя пока и остается недостаточно изученным (Меллер-Леймкюллер, 2004; Angst, Ernst, 1990). Эпидемиологические данные свидетельствуют о большей распространенности депрессивных и тревожных расстройств у женщин, которые значительно чаще обращаются за помощью по поводу этих состояний. В то же время известно, что мужская популяция явно опережает женскую по числу завершенных суицидов, алкоголизации, преждевременной смертности (Войцех, 2006; Немцов, 2001; Hawton, 2000). Поскольку важными фактора-

ми суицидов и алкоголизации являются аффективные расстройства, возникает необходимость объяснения этих данных. Особенности гендерных стереотипов поведения – культ силы и мужественности у мужчин – может пролить свет на эту проблему. Трудности предъявления жалоб, обращения за помощью, получения лечения и поддержки повышают риск невыявленных эмоциональных нарушений у мужчин, выражаются во вторичной алкоголизации и антивитальном поведении. Традиционным стереотипом женского эмоционального поведения является мягкость и уступчивость, тесно связанная с запретом на переживание и выражение гнева. Современные исследователи пишут о «гендерных профилях психического здоровья» (Меллер-Леймкюллер, 2004).

Для изучения этого фактора проводилось исследование полоролевых стереотипов эмоционального поведения у мужчин и женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Были выдвинуты следующие *гипотезы*:

- у мужчин выше запрет на переживание и выражение астенических эмоций (страха и печали) – культ мужественности;
- у женщин выше уровень запрета на переживание и выражение стенической эмоции гнева – культ мягкости и уступчивости.

Результаты исследования фактора полоролевых стереотипов эмоционального поведения представлены в Гл. 6.5.

Все сравниваемые группы в описанном популяционном исследовании были уравнены по основным социо-демографическим характеристикам (полу, возрасту, уровню образования). При исследовании фактора полоролевых стереотипов, где сравнивались группа мужчин и женщин, уравнивание проводилось только по возрасту и уровню образования.

Исследование клинических групп

Гл. 7 и 8 посвящены исследованию *клинических групп*, проведенному на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра. Клиническую оценку состояния пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводила ведущий научный сотрудник МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ Т.В. Довженко. Курс психотерапии пациентам назначался по показаниям в комплексе с медикаментозным лечением.

Были обследованы три клинические группы: пациенты с *депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами*. Кроме того, были обследованы две контрольные группы здоровых испытуемых и две группы родителей: группа родителей пациентов депрессивными и тревожными расстройствами и группа родителей здоровых испытуе-

мых. Таким образом, всего было обследовано семь групп – четыре экспериментальные (больные депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами, а также группа родителей пациентов депрессивными и тревожными расстройствами) и три контрольные (две группы здоровых испытуемых и группа родителей здоровых испытуемых).

Среди пациентов всех трех клинических групп преобладали женщины (87,6; 76,7; 87,2% – соответственно). Основной возрастной диапазон в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами 21–40 лет (67 и 68,8% соответственно), более половины с высшим образованием (54,6 и 52,2% соответственно). Среди больных соматоформными расстройствами преобладали пациенты в возрастном диапазоне 30–41 (46,8%) и со средним образованием (57%). При наличии коморбидных расстройств аффективного спектра основной диагноз выставлялся психиатром на основе доминирующей на момент обследования симптоматики. У части пациентов с депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами были выявлены коморбидные расстройства зрелой личности (13,7; 22,3; 23,2% –соответственно).

Преобладающими диагнозами в группе депрессивных расстройств являются рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод, преобладающими диагнозами в группе тревожных расстройств являются паническое расстройство с разными сочетаниями и смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Подробная клиническая характеристика групп больных с тревожными и депрессивными расстройствами приводится в Гл. 7.1.

Группа больных *соматоформными расстройствами* включала два основных диагноза по МКБ-10: соматизированное расстройство и соматоформная вегетативная дисфункция. Пациенты с диагнозом «соматизированное расстройство» предъявляли жалобы на многообразные, повторяющиеся и часто изменяющие локализацию соматические симптомы. Жалобы пациентов с диагнозом «соматоформная вегетативная дисфункция» относились к отдельному органу или системе организма, наиболее часто – к сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной или дыхательной. Подробная клиническая характеристика группы больных с соматоформными расстройствами приводится в Гл. 8.1.

В соответствие с многофакторной психо-социальной моделью психологические факторы соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств изучались на семейном, личностном и интерперсональном уровнях. Ранее было показано, что при изучении психологических фак-

торов расстройств аффективного спектра разные авторы преимущественно концентрировались на разных уровнях исследования.

Важная роль семьи в генезе расстройств аффективного спектра подчеркивалась в разных школах психотерапии и клинической психологии, включая отечественную школу психологии отношений В.Н. Мясищева. Эмпирические исследования последних десятилетий подтверждают это положение. Систематизация этих исследований на основе четырех-аспектной модели семейной системы (см. Гл. 4.2) позволяет выдвинуть гипотезы относительно дисфункций структуры, микродинамики, макродинамки и идеологии родительской семьи пациентов с расстройствами аффективного спектра (Бобров, Белянчикова, 1999; Гаранян с соавт., 2001; Ким, 1997; Самоукина, 2000; Эйдемиллер, Юстицкис, 1999; Blatt, Homann, 1992; Declan, 1998; Hill et all, 2001; Hudges, 1984; Parker, 1981, 1993; Payne, Norfleet, 1986; Pike, Plomin, 1996; Scott et al., 1998).

Как мы уже упоминали, существуют разные методические подходы к изучению роли семьи в генезе психических расстройств. Генетические исследования направлены на выявление биологических факторов. Психологические проводятся в двух основных направлениях: изучение репрезентации собственной родительской семьи больными и здоровыми людьми, а также изучение и сравнение актуальных семей больных и здоровых. В исследованиях Дж. Паркера и других авторов была доказана высокая надежность реконструкции семейных взаимоотношений на основе репрезентаций родительской семьи депрессивными и тревожными пациентами (см. Гл. 4.2). В данном исследовании мы используем оба методических приема – исследование репрезентаций родительской семьи больными и прямое исследование родителей пациентов. Родителей, как правило, привлекали к участию в семейной психотерапии и обследовали в процессе ее проведения, или же специально приглашали для беседы и психологического обследования.

Исторически основной интерес исследователей расстройств аффективного спектра был связан с личностными факторами или личностной предиспозицией к депрессивным, тревожным и соматоформным расстройствам. В исследовании личностных факторов можно выделить три методологических подхода: исследование различных типов личности (типологический подход), исследование отдельных личностных черт или параметров (параметрический подход), исследование аффективно-когнитивного стиля личности (см. Гл. 4.3). В данном исследовании мы опирались на два последних подхода.

Психодинамические концепции расстройств аффективного спектра, начиная с пионерских работ К. Абрахама, подчеркивали роль вытесненной агрессии или враждебности в генезе депрессии. Эмпирическая проверка этой теоретической модели активно ведется в последнее время (Абрамова с соавт., 2001; Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2003; Fava, 1993). Начиная с 1990-х гг., в центре внимания западных исследователей депрессивных расстройств находится такая личностная черта как перфекционизм (Frost et al., 1993; Hewitt, Fleet, 1990). В отечественной психологии было проведено исследование враждебности и перфекционизма, как личностных факторов депрессивных и тревожных расстройств (Гаранян, 2010). Для всех расстройств аффективного спектра, включая соматоформные, была выдвинута гипотеза относительно нарушений базовых навыков эмоциональной саморегуляции. Для соматоформных особый акцент делается на нарушениях, описанных в рамках концепции алекситимии (Гаранян, Холмогорова, 2002; Николаева, 1991; Тхостов, 2002; 2000; Холмогорова, Гаранян, 1996; Kellner, 1990; Lipowsky, 1988, 1989).

Ведущая роль интерперсональных факторов в генезе различных форм психической патологии подчеркивается исследователями различных школ и направлений, начиная с А. Адлера. Однако они остаются наименее изученными на уровне эмпирических исследований применительно к конкретным психическим расстройствам, выделенным в современной классификации МКБ-10. Для расстройств аффективного спектра, в основном депрессивных, за рубежом были проведены соответствующие исследования (Brugha, 1995). Сравнительные исследования для разных групп больных расстройствами аффективного спектра были начаты в отечественной клинической психологии коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии (Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003).

В опоре на данные теоретических и эмпирических исследований, а также собственный опыт работы, на каждом из уровней был выдвинут *ряд гипотез.*

- на *семейном уровне* на основе четырех-аспектной модели были выдвинуты гипотезы о дисфункциях семейной системы в клинических группах: 1) *структуры* (нарушение связей в форме симбиозов, разобщенности и коалиций, закрытые внешние границы); 2) *микродинамики* (высокий уровень критики, индуцирование недоверия к людям); 3) *макродинамики* (высокий уровень стрессов в

семейной истории); 4) *идеологии* (перфекционистские стандарты, враждебность и недоверие к людям);

- на *личностном уровне* были выдвинуты гипотезы: 1) о высоком уровне перфекционизма и враждебности у больных депрессивными и тревожными расстройствами; 2) о высоком уровне алекситимии и плохо сформированных навыках выражения и распознавания эмоций у больных соматоформными расстройствами; 3) о высоком уровне запрета на выражение чувств во всех трех группах;
- на *интерперсональном уровне* были выдвинуты гипотезы о сужении социальной сети и низком уровне эмоциональной поддержки и социальной интеграции во всех трех клинических группах.

В соответствие с выдвинутыми гипотезами, блоки методик несколько отличались для больных соматоформными расстройствами от двух других клинических групп, для них также были подобраны разные контрольные группы с учетом различий социодемографических характеристик. Депрессивные и тревожные больные были обследованы общим комплексом методик, кроме того, с целью верификации данных исследования семейного уровня, были обследованы две дополнительные

Таблица 6

Обследованные группы и блоки методик в соответствие с уровнями исследования

Уровни	Соматоформные, здоровые испытуемые N = 82 человека	Депрессивные, тревожные, здоровые испытуемые N = 247 человек	Родители депрессивных, тревожных, здоровых N = 85 человек
Семейный	Опросник семейных эмоциональных коммуникаций (СЭК), Шкала стрессогенных жизненных событий семейной истории, Тест семейной системы *FAST* Геринга	Опросник СЭК, Шкала стрессогенных жизненных событий семейной истории, метод экспертных оценок, структурированное интервью «Родительская критика и ожидания»	Опросники СЭК, ЗВЧ, враждебности, перфекционизма, интервью «Родительская критика и ожидания» (РКО), Сочинение «Мой ребенок»
Личностный	Опросник (ЗВЧ), Торонтская шкала алекситимии, Тест на распознавание эмоций, Тест на эмоциональный словарь	Опросники запрета на выражение чувств (ЗВЧ), перфекционизма и враждебности	–
Интерперсональный	Опросник социальной поддержки, Московский интегративный опросник социальной сети	Опросник социальной поддержки, Московский Интегративный опросник социальной сети, Тест на тип привязанности	–

группы: родители этих пациентов и родители здоровых испытуемых. В табл. 6 представлены обследованные группы н блоки методик в соответствии с уровнями исследования.

Таким образом, исследование факторов семейного уровня было наиболее сложно организовано, так как обследовались не только сами пациенты, но и их родители. Данные о родительской семье, полученные на основе обследования пациентов, верифицировались данными, полученными на основе обследования родителей.

5.2. Характеристика методического комплекса

Характеристика методического комплекса дается в соответствии с уровнями исследования. Блок методик макросоциального уровня использовался для проведения популяционного исследования. Блоки методик семейного, личностного и интерперсонального уровней использовались для исследования клинических групп больных депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами. В соответствии с различиями в гипотезах блоки методик несколько различаются для больных соматоформными расстройствами и для двух других клинических групп (больные депрессивными и тревожными расстройствами были обследованы общим комплексом методик).

Комплекс методик включал опросники, структурированные интервью и тесты, что позволяло верифицировать результаты, полученные по отдельным методикам. Методы количественного анализа дополнялись методами качественного анализа данных. Из опросниковых методик отбирались наиболее надежные и валидные, прошедшие процедуры стандартизации. Так как для проверки ряда гипотез мы не обнаружили адекватных готовых инструментов, был разработан ряд оригинальных методик[1].

Использовались методы математической статистики (при сравнении групп использовался критерий Манна–Уитни для независимых выборок и Т–критерий Вилкоксона для зависимых выборок; для установления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Спирмена; для валидизации методик – факторный анализ, тест-ретест, коэффициент α-Кронбаха, коэффициент Guttman Split-half; для анали-

[1]В валидизацин оригинальных методик прннимали участие студенты МГППУ.

за влияния переменных использовался множественный регрессионный анализ)[2].

Макросоциальный уровень

1. *Опросник «Запрет на выражение чувств»* (*ЗВЧ*), тестирующий установки по отношению к эмоциям . Этот инструмент был разработан совместно с В.К. Зарецким и Н.Г. Гаранян специально для задач настоящего исследования, поскольку нам не удалось обнаружить аналогичного западного инструмента. В данном исследовании мы использовали краткую версию шкалы (Холмогорова, Гаранян, 1996 а). Она состоит из восьми пунктов, тестирующих установки испытуемого по отношению к переживанию и открытому выражению четырех базальных эмоций – печали, гнева, страха и радости. Инструкция требует от испытуемого выразить свое согласие или несогласие с каждым утверждением шкалы в бинарной форме. Примеры пунктов шкалы: «Жаловаться ниже моего достоинства», «Следует скрывать тревогу и неуверенность в контактах». Согласие с данными утверждениями расценивается как негативная установка или запрет на переживание эмоции и ее открытое выражение. Для каждой группы испытуемых подсчитывался процент положительных ответов. Чем выше этот показатель, тем выше запрет на выражение эмоций в данной группе испытуемых. Шкала продемонстрировала высокую надежность, в данной выборке испытуемых коэффициент α-Кронбаха составил 0,7.
2. *Шкала личностной тревожности* разработана и апробирована А.М. Прихожан (ПИ РАО) в 1980–1995 гг. Автором были разработаны два варианта – для школьников 10–12 лет и 13–16 лет (Прихожан, 2000). Опросник построен по принципу самооценочных шкал и нацелен на определение уровня тревожности у подростков, а также выделение областей жизни школьника, вызывающего у него тревогу. Опросник состоит из 40 вопросов, четырех подшкал: школьная тревожность, самооценочная тревожность, межличностная тревожность, магическая тревожность. Также подсчитывается суммарный балл общей тревожности. В зависимости от набранных баллов подросток может быть отнесен к определенной группе: группа риска (очень высокая тревожность), средний

[2]Статистическая обработка данных проводилась с участием М.Г. Сороковой и О.Г. Калины.

уровень тревожности, нормальный уровень тревожности, низкий уровень тревожности.

3. *Опросник детской депрессии* (*CDI*) был разработан М. Ковак на основе опросника, разработанного А. Беком с соавторами для взрослых. Первая версия опросника *CDI* датируется 1977 г. Опросник был апробирован и получил широкое распространение в США, Англии, Франции, Бельгии и др. странах. В нашей стране опросник был переведен и опубликован в книге А.И. Подольского и др. «Диагностика подростковой депрессивности» (2004) без апробации. В данном исследовании использовался перевод Н.Г. Гаранян. Опросник направлен на выявление и отслеживание динамики депрессивного состояния у детей и подростков от 7 до 17 лет. Опросник *CDI* представляет собой самооценочную шкалу из 27 вопросов, распределенных по пяти шкалам: негативное настроение, межличностные проблемы, неэффективность, ангедония, негативная самооценка. Подсчитывается также общий показатель депрессии (суммарный балл по всем шкалам). В зависимости от набранных баллов испытуемый может быть отнесен к определенной группе: группа риска по депрессивному состоянию (выраженные симптомы), средний уровень (умеренно выраженные симптомы), нормальный уровень, низкий уровень (отсутствие симптомов).

   Опросником было обследовано 684 ребенка школьного возраста. Коэффициент a-Кронбаха равен 0,73. Для проверки надежности *Опросника детской депрессии Ковак* подсчитывался также коэффициент Guttman Split–half (0,83), значения которого свидетельствуют о надежности оригинальных шкал опросника. Была также установлена интеркорреляционная валидность опросника путем корреляции его общего показателя и отдельных шкал с общим показателем и отдельными подшкалами шкалы личностной тревожности Прихожан (коэффициент корреляции Спирмена для общих показателей опросников 0,372 при $p<0,01$). Это позволило нам использовать опросник в исследовательских целях. Поскольку опросник еще не прошел стандартизацию на отечественной выборке, в данной работе использовались нормативы зарубежных исследователей.

4. *Тест на эмоциональный словарь Кристалла,* направленный на оценку словарного запаса для описания эмоций у детей. Был предложен Г. Кристалом в 1998 г. (Krystal, 1998), направлен на иссле-

дование алекситимии у детей, так как известная Торонтская шкала алекситимии разработана для взрослых испытуемых. Включает 16 вопросов. Например: «Как бы Вы себя чувствовали, если бы кто-то попробовал напасть на Вас с ножом?». Для обработки структурированного интервью было выделено три категории ответов, которые оценивались разным количеством баллов: неэмоциональные (например, «не знаю», никак», «нормально») получали ноль баллов; недифференцированные эмоции (например, «хорошо», «плохо», «отлично», «нервничал») получали по одному баллу; дифференцированные эмоции (например, «радовался», «гордился», «испугался», «расстроился») получали по два балла. Баллы суммировались, и вычислялся средний балл для каждого ребенка, который характеризовал богатство его эмоционального словаря.

5. *Опросник тревоги Бека* (*BAI)*, направленный на выявление симптомов тревоги (Beck, Steer, 1993). Опросник состоит из 21 высказывания, отражающего основные симптомы тревоги. Испытуемые должны отвечать исходя из того, насколько их беспокоил каждый из указанных симптомов в течение последней недели, включая день обследования. Предлагаемые варианты ответов: «совсем не беспокоил», «слегка, не слишком меня беспокоил», «умеренно, это было неприятно, но я мог это переносить», «очень сильно, я с трудом мог это выносить».
6. *Опросник депрессии Бека* (*BDI)*, направленный на выявление симптомов депрессии, разработан А.Беком с соавт. (адаптация Н.В. Тарабриной, 2001). Опросник состоит из 21 пункта, каждый из которых включает четыре высказывания, отражающих разную степень выраженности психопатологической симптоматики (ощущения тоски, чувства наказанности, пессимизма, никчемности, суицидальной готовности и т.д.) Испытуемому, после внимательного прочтения, предлагалось выбрать в каждом пункте одно из четырех высказываний, которое лучше всего описывает его самочувствие в течение последних двух недель, включая день обследования.
7. *Опросник перфекционизма* был разработан Н.Г. Гаранян и Т.Ю. Юдеевой и А.Б. Холмогоровой, его характеристика приводится при описании блока методик, относящихся к личностному уровню.
8. *Шкала физического перфекционизма*, разработанная и апробированная нами совместно с А.А. Дадеко (Холмогорова, Дадеко, 2010), отражает представления человека о внешности, в частности об оп-

тимальном весе. Опросник состоит из 16 утверждений. Например, «Для меня важно соответствовать идеальным критериям веса»; «Я прилагаю систематические усилия, чтобы похудеть»; «Я трачу много времени на приведение себя в порядок»; «Я замечаю малейшие недостатки во внешности других людей». Испытуемым предлагается выразить согласие или несогласие с этим утверждением, поставив крестик в одной из четырех граф: «безусловно да», «пожалуй да», «пожалуй нет», «безусловно нет». Конвергентная валидность этого инструмента была установлена в группе из 170 человек. Корреляция шкалы физического перфекционизма с общим показателем опросника перфекционизма 0,52 при $p<0{,}01$. Коэффициент α-Кронбаха шкалы физического перфекционизма в данной выборке составил 0,7.

Семейный уровень

1. Опросник *Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК)*. Опросник был разработан нами совместно с С.В. Воликовой. Он состоит из 30 пунктов, тестирующих правила эмоционального поведения и уровень негативных эмоций в родительской семье, а также родительские коммуникации, индуцирующие отрицательные эмоции у детей (Холмогорова, Воликова, 2004). Факторный анализ *СЭК* с ротацией факторных структур по методу VARIMAX выявил семь факторов:
   - *Элиминирование эмоций* (объясняет 16,5% общей дисперсии). Вопросы, вошедшие в этот фактор тестируют семейные правила, блокирующие открытое проявление эмоциональной экспрессии и поощряющие эмоциональную сдержанность («В нашей семье ценилась сдержанность в проявлении чувств», «В нашей семье не было принято жаловаться друг другу»).
   - *Родительская критика* (объясняет 15,5% общей дисперсии). Вопросы, вошедшие в этот фактор, отражают повышенную критичность по отношению к детям («Моя мать (отец) всегда находили повод для критики», «В детстве я часто ощущал, что родители недовольны мной»).
   - *Индуцирование тревоги* (объясняет 7,5% общей дисперсии). Этот фактор отражает повышенную склонность родителей к переживанию тревоги за ребенка («Моя мать (отец) часто тревожились за меня», «В моей семье часто говорили о трудностях и опасностях жизни»).

- *Фиксация на негативных переживаниях* (объясняет 6,0% общей дисперсии). Фактор тестирует такую семейную дисфункцию как низкий уровень толерантности родителей к разным формам неблагополучия у ребенка – жалобам, слезам, неудачам, а также их неспособность поддержать и успокоить («Если я бывал в плохом настроении, то моя мать (отец) тоже падали духом», «Когда я плакал или жаловался, моя мать (отец) высмеивали или ругали меня»).
- *Внешнее благополучие* (объясняет 5,4% дисперсии). Тестирует семейные правила, касающиеся выражения чувств в контактах с другими людьми, отражает такую семейную дисфункцию, как ценность демонстрации благополучного фасада («Меня с детства приучали скрывать семейные проблемы и неурядицы от других людей», «В моей семье считалось некрасивым жаловаться на какие-то проблемы и трудности чужим людям (не родственникам)».
- *Индуцирование недоверия к людям* (объясняет 4,7% общей дисперсии), тестирует враждебные семейные установки по отношению к окружающим людям («Детей в нашей семье приучали не доверять чужим людям (не родственникам)», «Обсуждая других людей, мои родители чаще критиковали, чем хвалили их»).
- *Семейный перфекционизм* (объясняет 4,5% общей дисперсии), фактор тестирует стремление родителей поощрять высокие достижения и потребность в совершенстве у ребенка («В семье мне часто ставили в пример других, более успешных детей», «Для моих родителей было очень важно, чтобы я во всем был на высоте»).

Конвергентная валидность этого инструмента была установлена в группе из 108 студентов. Корреляции шкал опросника *СЭК* с общими показателями шкал известного опросника, выявляющего тип привязанности с каждым из родителей, *PBI* Дж. Паркера (*PBI*-father и *PBI*-mother) (Parker, 1993) распределялись в пределах от 0,4 до 0,52 при $p<0.01$. Коэффициент α-Кронбаха опросника составил 0,7 (на выборке 237 человек)[3].

Модифицированная версия опросника *СЭК* для родителей содержала все те же вопросы, но переформулированные для самооценивания родителями своих коммуникаций с ребенком.

---

[3]Подробное описание процедуры валидизации опросника приводится в *приложении 1* к докторской диссертации (Холмогорова, 2006).

2. Структурированное интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории.* Этот инструмент, был прицельно разработан для качественной оценки семейной истории на основе многолетнего опыта психотерапевтической работы с больными расстройствами аффективного спектра с использованием метода генограмм (Bowen, 1978), который позволил выявить основные стрессогенные события в семейной истории пациентов – такие как ранние смерти членов семьи, присутствие при тяжелой болезни члена семьи, разводы, несчастные случаи с членами семьи и т.д. (Холмогорова, Гаранян, 1994). Сбор информации осуществлялся в форме структурированного интервью, в ходе которого регистрировались стрессогенные события в жизни трех поколений нуклеарной семьи испытуемых (родители, супруги и дети наших испытуемых).

   Некоторые показатели данной шкалы требуют пояснения. Например, показатель *тяжелая жизнь* регистрировался в тех случаях, когда испытуемый рассказывал о бедности и нужде в родительской семье, раннем выходе на тяжелую работу, воспитании одного из родителей в детском доме, воспитании многодетной одинокой матерью и т.д. Показатель *жестокого обращения* регистрировался в случаях, когда испытуемый регулярно терпел побои или унижения со стороны родителей или старших членов семьи. Показатель *драки в семье* отражает регулярные драки между членами семьи (матерью и отцом, отцом и братом, например) в присутствии нашего испытуемого. По результатам интервью подсчитывалась средняя частота каждого типа событий или стрессогенных обстоятельств. Шкала представлена одиннадцатью показателями: тяжелая жизнь (родителей и других родственников); наличие ранних смертей в семейной истории; разводы, неполные семьи, тяжелые болезни и несчастные случаи, происходившие с испытуемыми или их родственниками; наличие членов семьи, пострадавших от войн и репрессий; непосредственное присутствие испытуемого при тяжелом заболевании или смерти кого-либо из родственников; алкоголизация членов семьи; жестокое обращение; драки. Анализировалась также история расширенной семьи в трех поколениях (включая дедушек–бабушек, тетей–дядей, двоюродных братьев и сестер).

3. Структурированное интервью *Родительская критика и ожидания (РКО)* было разработано нами совместно с С.В. Воликовой. Оно проводилось отдельно с пациентами и их родителями в группах

больных депрессивными и тревожными расстройствами. Испытуемых просили оценить соотношение похвалы и критики в их адрес в процентах со стороны матери и со стороны отца, а также конкретно указать, за что их хвалили или критиковали в детстве. Для обследования родителей использовалась модификация интервью. Родителей просили перечислить качества, за которые они хвалили или критиковали своего ребенка в детстве, а также оценить соотношение критики и похвалы в адрес ребенка со своей стороны и со стороны другого родителя. В ходе структурированного интервью с родителями задавались также вопросы: «Как вы можете охарактеризовать своего ребенка? Каким бы вы хотели его видеть?», также фиксировались все характеристики, спонтанно данные родителями детям в ходе структурированного интервью. При обработке данные родителями характеристики относились к положительным или отрицательным на основе экспертной оценки профессиональными психологами. Подсчитывался процент родителей с различным соотношением названных положительных «+» и отрицательных «–» характеристик ребенка.

4. *Метод экспертных оценок.* Для оценки структуры и динамики семейных систем пациентов депрессивными и тревожными расстройствами использовались экспертные оценки психотерапевтов, работавших с этими пациентами. Экспертов просили оценить наличие симбиотических отношений или разобщенности в семье, нарушения иерархии в виде тирании одного из членов семьи или инверсии иерархии, когда ребенок имеет больше власти, чем один из родителей, а также частоту семейных конфликтов.
5. *Тест семейной системы FAST Геринга* (2001). Использовался при исследовании больных соматоформными расстройствами для оценки структуры родительской и актуальной семьи испытуемых. *FAST* открывает возможность количественного и качественного анализа структуры семьи. Стимульный материал теста включает набор мужских и женских фигурок из дерева, набор подставок различной высоты и шахматную доску. Инструкция требует от испытуемого выбрать фигурку для каждого члена семьи и расположить их на шахматной доске, используя горизонтальное (клетки доски) и вертикальное (подставки) измерения. Эта процедура расположения фигурок основана на практическом опыте работы с семьями; она позволяет оценить параметры *близость* и *иерархии* в семье. Вывод о

структуре семьи делается на основе сопоставления параметров близости, иерархии и сбалансированности между ними. Близость оценивается по расстоянию между фигурками на доске. Иерархия оценивается по величине подставок под фигурками. Сбалансированной считается структура с умеренной или высокой степенью близости при средней иерархии. Другие конфигурации семейной структуры (структуры с проблемными отношениями) называются умеренно сбалансированными или несбалансированными. В России первый исследовательский проект с применением теста *FAST* был осуществлен в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (Холмогорова, Воликова, 2000 а).

6. *Сочинение «Мой ребенок».* Методика проводилась с родителями пациентов депрессивными и тревожными расстройствами и с контрольной группой родителей здоровых испытуемых. Родителям давалось 10 мин на написание сочинения. При обработке результатов использовался метод экспертных оценок и учитывались следующие параметры: количество слов в сочинении, количество предложений в сочинении, процент предложений (от общего числа предложений), относящихся к самим родителям, процент предложений (от общего числа предложений), относящихся к ребенку, количество положительных характеристик ребенка, количество отрицательных характеристик ребенка, общее число психологических характеристик личности ребенка, количество упомянутых фактов биографии ребенка.

Личностный уровень

1. При исследовании всех трех клинических групп применялся опросник *Запрет на выражение чувств (ЗВЧ)*, направленный на тестирование установок по отношению к эмоциям. Подробная характеристика дана при описании блока методик макросоциального уровня, использованного при проведении популяционного исследования.
2. При исследовании больных депрессивными и тревожными расстройствами использовался *Опросник перфекционизма* (разработан совместно с Н.Г. Гаранян и Т.Ю. Юдеевой).

   Его основу составили высказывания пациентов, зарегистрированные в ходе психотерапевтической работы. Были также заимствованы некоторые пункты опросника «Обманщик» (Impostor) P. Clance. Заимствованные формулировки касаются переживаний субъекта по поводу собственного несоответствия положительным представ-

лениям о нем других людей. В основу опросника положено представление о сложной многомерной структуре перфекционизма, отраженной в различных шкалах опросника. В 1996–2002 гг. опросник проходил апробацию в выборках здоровых испытуемых, а также в группах больных, страдающими различными эмоциональными расстройствами.

Факторный анализ опросника перфекционизма с ротацией факторных структур по методу VARIMAX выявил шесть факторов, составивших шкалы опросника: *страх несоответствия ожиданиям других* (при постоянном сравнении себя с другими); *завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности* при ориентации на полюс самых успешных; *селектирование информации с негативным смыслом; поляризованное мышление* по принципу «все или ничего». При обработке подсчитывается средний балл по каждой шкале, а также общий балл, отражающий общий уровень перфекционизма.

Таким образом, в опросник вошли два фактора, тестирующие интерперсональный перфекционизм, два фактора, тестирующие паттерны негативного мышления, два фактора, тестирующие наличие трудных целей и высоких стандартов деятельности. Опросник прошел все необходимые процедуры валидизации. Коэффициент α-Кронбаха опросника перфекционизма составил 0,61 (выборка 350 человек).

3. При исследовании больных депрессивными и тревожными расстройствами использовался полупроективный *Тест враждебности*, разработанный совместно с Н.Г. Гаранян.

Основу теста составили высказывания пациентов, зарегистрированные в ходе психотерапевтических сеансов. При выполнении теста испытуемым предлагается список из 14 таких утверждений, отражающих различные проявления доминантности, равнодушия, презрения к слабости. Например, «Я не уважаю людей, которые не способны справляться с трудностями»; «Жизнь слишком трудна, чтобы можно было думать и заботиться о ком-то кроме близких людей»; «Когда я вижу слабости и неудачи других людей, это возвышает меня в собственных глазах». Инструкция предлагает испытуемым представить, что они проводят анонимный опрос населения. Необходимо спрогнозировать его результаты, отметив в специальной графе – какой процент опрошенных согласился бы с

данными утверждениями, при условии, что они отвечают совершенно искренне. Величина этого показателя отражает степень враждебности картины мира у испытуемых.

Факторный анализ опросника враждебности с ротацией факторных структур по методу VARIMAX выявил три фактора: первый фактор отражает восприятие других как *холодных и равнодушных* и объясняет 34% дисперсии данных; второй фактор отражает ви́дение других как *презирающих слабость* и объясняет 32% общей дисперсии; третий фактор отражает видение других людей как *доминантных и завистливых*, склонных возвышаться за счет принижения других. Опросник прошел все необходимые процедуры валидизации. Коэффициент α-Кронбаха опросника составил 0,67 (выборка 350 человек).

4. Для оценки выраженности алекситимии в группе соматоформных больных использовался традиционный инструмент *Торонтская шкала алекситимии* (*TAS*) Taylor et al., 1994; адаптация Д.Б. Ересько с соавт., 1994) данная шкала является наиболее валидным и часто используемым опросником для измерения выраженности алекситимии. Мы использовали версию шкалы, включающую 26 вопросов, прошедшую адаптацию в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева. Шкала доказала свою высокую валидность и надежность. Коэффициент α-Кронбаха равен 0,79.
5. Для проверки гипотез личностного уровня в исследовании группы больных соматоформными расстройствами мы использовали также несколько экспериментальных проб:
   - *Самоотчет о настроении.* Эта процедура требовала от испытуемых ответить на непрямой вопрос «Как бы Вы охарактеризовали свое настроение в настоящий момент?». В ответах испытуемых подсчитывались следующие показатели: количество слов, обозначающих неэмоциональные состояния типа «напряжен», «нормальное состояние», «сосредоточен» (такие ответы получали ноль баллов); количество слов, обозначающих недифференцированные эмоциональные состояния – «нервничаю», «плохо себя чувствую» (такие ответы получали по одному баллу); количество слов, обозначающих дифференцированные эмоции – «радость», «печаль», «страх», «гнев» и т.д. (такие ответы получали по два балла); знак и модальность упомянутой эмоции.

- *Тест на эмоциональный словарь,* разработанный Н.Г. Гаранян. Испытуемому предлагалось назвать *синонимы к шести словам*, обозначающим основные эмоции в классификации Вудвортса-Шлосберга (печаль, страх, гнев, радость, презрение, удивление). Подсчитывалось среднее число правильно названных синонимов каждой модальности, а также общий средний показатель правильных ответов. Точность ответа определялась с помощью семантических полей эмоциональных категорий русской речи, составленных Н.С. Куреком.
- Для оценки способности испытуемых к распознаванию эмоций другого человека использовался *Тест распознавания эмоций по мимической экспрессии* (разработан А.И. Тоом, модифицирован Н.С. Куреком) (Курек, 1985). Испытуемым предъявлялись 18 фотографий женщины в различных эмоциональных состояниях (три фотографии на каждую из шести эмоций по классификации Вудвортса-Шлосберга, отражающие три степени интенсивности каждой эмоции). Подсчитывалась точность распознавания каждой эмоции в отдельности, а также общий показатель точности распознавания эмоций.

Интерперсональный уровень

1. Для оценки интерперсональных отношений мы использовали краткую версию (22 пункта) *Опросника социальной поддержки Зоммера, Фюдрика* (*F-SOZU 22*) (Sommer, Fydrick, 1989). Этот широко известный инструмент с высокими показателями валидности и надежности часто используется в западных исследованиях. *F-SOZU* включает пять подшкал, тестирующих эмоциональную поддержку, инструментальную поддержку, социальную интеграцию, доверительные отношения и субъективную удовлетворенность поддержкой. Он был переведен на русский язык и стандартизирован в смешанной выборке из 392 испытуемых (пациенты с психическими расстройствами и здоровые испытуемые). После стандартизации на основании данных факторного анализа в русской версии было оставлено четыре шкалы (вопросы шкалы доверительных отношений распределились по другим шкалам). Коэффициент α-Кронбаха составил 0,7 (на выборке 392 человек). Подробное описание процедуры валидизации опросника приводится в методическом пособии (Холмогорова, Петрова, 2007).

2. Для оценки размеров социальной сети и ее ядра, а также верификации данных *Опросника социальной поддержки Зоммера, Фюдрика* относительно уровня эмоциональной и инструментальной поддержки использовалось структурированное интервью *Московский интегративный опросник социальной сети*, разработанное нами совместно с Н.Г. Гаранян и Г.А. Петровой (Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003). В этом интервью мы попытались объединить все наиболее важные параметры сетей, выделяемые разными исследователями. Структурированное интервью направленно на выявление реальных источников поддержки, а также объема и характера социальных контактов. Оно включает три больших части.
   - Первая – направлена на определение размера социальной сети, т.е. количества людей, от которых индивид получает социальную поддержку – инструментальную и эмоциональную. В этой части выясняется, с кем он обсуждает свои личные проблемы, проблемы связанные с учебой или работой, кто оказывает помощь в принятии наиболее важных жизненных решений, с кем проводит свободное время, кого считает своим лучшим другом, кто оказывает материальную помощь, когда он в этом нуждается и помогает в домашних делах.
   - Вторая – направлена на выявление качественных характеристик социальной сети, т.е. конкретного кластера межличностных взаимодействий: семья, соседи, друзья, коллеги по работе и учебе, территориальная близость людей, входящих в социальную сеть, характер инициирования контактов.
   - Третья – направлена на выяснение характера отношений в ядре социальной сети. Выявлялась частота контактов, длительность знакомства, частота эмоциональной и инструментальной поддержки, симметричность контактов (степень инициативности-рецептивности общения между членами социальной сети), уровень конфликтности отношений и проблемно-неориентированная поддержка (субъективно переживаемое чувство принятия другим).
3. *Тест привязанности в интерперсональных отношениях Хезена, Шейвера* (Hazan, Shaver, 1987) использовался при обследовании пациентов, страдающих депрессивными и тревожными расстройствами. Данный тест был предложен С. Хезеном и П. Шейвером в

1987 г. для исследования влияния преобладающего типа привязанности на характер любовных отношений с партнером. В тесте предлагается три варианта описания типичных отношений с партнером или партнершей. Первый вариант характеризует надежный тип привязанности и включает такие описания: «Я считаю, что с людьми сближаться нетрудно, и меня не смущает зависимость от них или их зависимость от меня». Второй вариант характеризует избегающий тип привязанности и включает следующие описания: «Я испытываю некоторый дискомфорт, сближаясь с кем-то очень тесно; мне трудно полностью доверять людям, трудно ощущать, что зависишь от них». Третий вариант характеризует тревожно-амбивалентный тип привязанности и включает описания типа: «Я часто беспокоюсь, что мой партнер на самом деле не любит меня или не хочет быть со мной». Испытуемым предлагается внимательно прочитать все три описания и выбрать то, которое наиболее характерно для них. В каждой группе подсчитывался процент людей с разными типами привязанности.

Для оценки *психопатологических симптомов* в клинических группах мы использовали опросник выраженности психопатологической симптоматики *SCL-90-R* (разработан L.R. Derogatis, адаптация Н.В. Тарабриной)[4]. Он является широко известным и высоко надежным инструментом для оценки выраженности симптомов. В стандартизации использовались данные больных расстройствами аффективного спектра, обследованных в рамках данного исследования в лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии. Он был стандартизирован в российской выборке, состоящей из 1466 испытуемых. За исключением параноидной шкалы (коэффициент α-Кронбаха 0,35), все подшкалы русской версии *SCL-90* продемонстрировали высокую надежность (α-Кронбаха варьирует от 0,7 до 0,89). Показатели тест-ретест надежности были установлены в выборке из 94 пациентов психиатрической клиники и варьировали от 0,8 до 0,9 при $p<0,01$.

Первые попытки использовать *SCL-90* в группе больных соматоформными расстройствами были осуществлены в Московском НИИ

[4]Этот инструмент был стандартизирован в отечественной популяции испытуемых исследовательской группой Института психологии РАН во главе с Н.В. Тарабриной в сотрудничестве с психофизиологической лабораторией Гарвардской медицинской школы, возглавляемой Р. Питманом (Тарабрина, 2001).

психиатрии (Юдеева с соавт., 2000). Опросник состоит из 90 вопросов, объединенных в девять подшкал: Шкала соматизации (*SOM*), Шкала обсессивно-компульсивных нарушений (*OC*), Шкала интерперсональной (межличностной) чувствительности (*INT*), Шкала депрессии (*DEP*), Шкала тревоги (*ANX*), Шкала враждебности/агрессивности (*HOS*), Шкала фобической тревоги (*PHOB*), Шкала параноидного мышления (*PAR*), Шкала психотизма (*PSY*). Помимо девяти основных шкал опросник включает три обобщенные шкалы второго порядка: обобщенный индекс тяжести симптомов (*GSI*), индекс наличного симптоматического дистресса (*PTSD*), общее число утвердительных ответов (*PST*). Наиболее важным обобщенным показателем выраженности психопатологической симптоматики и лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройств является показатель шкалы *GSI* – общий индекс тяжести симптомов. Опросник *SCL-90-R* широко используется в международной практике для выявления и оценки выраженности и динамики психопатологических симптомов у разных категорий больных, в том числе у пациентов с расстройствами аффективного спектра.

Таким образом, общим теоретико-методологическим основанием организации эмпирического исследования явилась многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра, включающая факторы макросоциального, семейного, личностного и интерперсонального уровней.

В рамках популяционного исследования, направленного на изучение распространенности эмоциональных нарушений у детей и взрослых и факторов макросоциального уровня в общей сложности было обследовано 1400 испытуемых, их них 684 ребенка школьного возраста, 66 родителей детей и 650 взрослых испытуемых.

В исследовании клинических групп, направленном на изучение семейных, личностных и интерперсональных факторов расстройств аффективного спектра приняло участие 414 испытуемых, из них 239 больных депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами, 90 здоровых испытуемых и 85 родителей больных и здоровых.

115 человек были привлечены дополнительно для проведении процедуры тест-ретеста при валидизации оригинального опросника *Семейные эмоциональные коммуникации* (*СЭК*) и *Опросника социальной поддержки Зоммера, Фюдрика* (*F-SOZU 22*).

***

Дизайн и организация эмпирического исследования позволяют сделать ***выводы*** о его надежности и адекватности для обоснования мишеней интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.

1. Для исследования психологических факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психо-социальной модели был создан методический комплекс, включающий 22 методики, проверенные на надежность и валидность. Данные опросниковых методик подкрепляются и верифицируются данными полупроективных методов и структурированных интервью.
2. В общей сложности в исследовании приняли участие 1929 человек, включая группы риска и контрольные группы из обшей популяции, клинические группы пациентов, страдающих расстройствами аффективного спектра, группы родителей.
3. На каждом из уровней были сформулированы гипотезы относительно роли соответствующих факторов в расстройствах аффективного спектра. Проверка этих гипотез, а также выявление связей между различными факторами по замыслу исследования должны позволить выделить систему эмпирически обоснованных мишеней интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.

Глава 6
Влияние макросоциальных факторов на эмоциональное благополучие: популяционное исследование

6.1. Распространенность эмоциональных нарушений у детей и молодежи

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у школьников

В популяционном исследовании особенностей эмоционального состояния школьников приняли участие учащиеся средних и старших классов московских и подмосковных школ и гимназий – всего 609 человек (школы Москвы и Электростали)[1].

Согласно принятым возрастным классификациям (Обухова, 1996), все обследованные подростки были разделены на две возрастные группы – младшие подростки (10–12 лет) и старшие подростки (13–15 лет). Группы были уравнены по полу. В группе младших подростков было 49% мальчиков (171 человек) и 51% девочек (178 человек). В группе старших подростков соотношение между мальчиками и девочками было примерно такое же 49,6% мальчиков (129 человек) и 50,4% девочек (131 человек). Средний возраст в группе младших подростков – 11,5 лет, в группе старших подростков – 14,0 лет.

Для исследования эмоциональной сферы подростков использовались: *Шкала личностной тревожности Прихожан* и *Опросник детской депрессии* (*CDI*) Ковак. При обработке опросника детской депрессии использовались возрастные нормативы, полученные на зарубежной выборке, так как стандартизация методики на отечественной выборке пока не завершена.

Как видно из табл. 7(а), у большей части младших и старших подростков выявлен нормальный уровень тревожности: у 45,8% (160 человек) среди младших и у 39,2% (102 человека) среди старших подрост-

---

[1]Исследование проводилось совместно с С.В. Воликовой. В обследовании школьников участвовали студенты МГППУ: А.В. Кульчицкая, А.М. Галкина, Д.Ю. Кузнецова, Е.И. Косарева.

ков. Также значительное число подростков попадает в группу с низким уровнем тревожности: 23,8% младших и 36,2% старших подростков. Однако обращает на себя внимание высокий процент подростков, попадающих в группу риска. В группе младших подростков их несколько больше (21,5%), чем среди старших подростков (16,5%).

В табл. 7(б) представлено распределение обследованных подростков по уровню проявления депрессивной симптоматики. Большинство младших и старших подростков попали в группу со средним уровнем депрессивной симптоматики: 66,2% среди младших и 76,8% среди старших, что входит в явное противоречие с данными опросника Прихожан, выявившим незначительное число подростков со средним уровнем тревожности. Следует, однако, напомнить, что по данным А.М. Прихожан (2000), низкий уровень тревоги не всегда является показателем эмоционального благополучия и встречается у детей, плохо осознающих свое эмоциональное состояние. Кроме того, выявленные расхождения могут быть связаны с особенностями исследовательских инструментов и требуют дальнейшего уточнения. В процессе валидизации *Опросника детской депрессии Ковак* была установлена его интеркорреляционная надежность путем корреляции со *Шкалой личностной тре-*

Таблица 7(а)

Распределение подростков по выраженности симптомов тревоги (Шкала личностной тревожности Прихожан), в %

Выраженность симптомов	***Младшие подростки, N=349***		***Старшие подростки, N=260***	
	N	***%***	***N***	***%***
Группа риска	75	21,5	43	16,5
Средний уровень	31	8,9	21	8,1
Нормальный уровень	160	45,8	102	39,2
Низкий уровень	83	23,8	94	36,2

Таблица 7(б)

Распределение подростков по выраженности симптомов депрессии (Опросник детской депрессии Ковак), в %

Выраженность симптомов	***Младшие подростки, N=349***		***Старшие подростки, N=260***	
	N	***%***	***N***	***%***
Группа риска	75	21,5	45	17,4
Средний уровень	231	66,2	200	76,8
Нормальный уровень	35	10	13	5
Низкий уровень	8	2,3	2	0,8

вожности Прихожан (значение коэффициента корреляции Спирмена для общих показателей опросников 0,372 при p<0,01). Однако необходима дальнейшая стандартизация *Опросника детской депрессии Ковак* на российской выборке с уточнением возрастных нормативов.

Зато число подростков группы риска практически полностью совпадает по данным обоих опросников: на основании данных *Опросника детской депрессии Ковак* в группу риска попали 21,5% младших подростков и 17,5% старших, что соответствует данным *Шкалы личностной тревожности Прихожан* (см. табл. 7(а)). Таким образом, данные по группе риска можно считать наиболее надежными. Следует отметить высокий процент учащихся, попадающих в группу риска. Эти дети не были обследованы врачом-психиатром, поэтому мы не можем говорить о наличии конкретных расстройств в соответствие с критериями МКБ-10, но можем говорить о выраженном эмоциональном неблагополучии у этих детей и о необходимости оказания им квалифицированной помощи.

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у студентов

Было проведено обследование студентов московских вузов с целью оценки выраженности эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии и тревоги накануне сессии[2].

Всего было обследовано 309 человек: 145 студентов-первокурсников и 164 студента старших курсов. Исследование проводилось анонимно.

Среди студентов первых курсов 100 человек обучались в техническом вузе и 45 человек в психологическом. По полу испытуемые распределялись следующим образом: 76 женщин и 69 мужчин. Возраст испытуемых от 15 до 21 года, средний – 17 лет. В общежитии проживает 30 человек (21%), остальные – жители Москвы. Студенты обследовались накануне сессии в ситуации предэкзаменационного стресса.

Среди студентов старших курсов из 164 человек 62 обучались в техническом вузе и 102 в психологическом. Распределение по полу – 98 женщин и 66 мужчин, возраст – от 18 до 26 лет, средний возраст – 20,5. Студенты также обследовались накануне сессии.

---

[2]Данное исследование проводилось совместно с Н.Г. Гаранян (Гаранян с соавт., 2007). В популяционном исследовании участвовали аспиранты кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ М.В. Москова и Я.Г. Евдокимова, а также студентка той же кафедры К.Г. Шестакова (Евдокимова, Холмогорова, 2006; Холмогорова, Гаранян, Евдокимова, Москова, 2009).

Обучение на I курсе вуза является новой стадией жизненного цикла. Часто поступление в вуз связано со сменой места жительства, что влечет за собой разрушение уже сложившейся старой социальной сети. Однако новая социальная сеть формируется не сразу, что ведет к дефициту социальной и эмоциональной поддержки (Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003; Крюкова, 2004). Студенты-первокурсники вынуждены общаться с новыми людьми, устанавливать новые социальные контакты. Даже если поступление в вуз не связано с переездом, это событие обязательно влечет за собой смену социальной роли. Новый статус студента предъявляет к молодому человеку новые требования, ставит новые задачи. К тому же студентам приходится справляться с интенсивными нагрузками, связанными с обучением. Все это может вызвать эмоциональную дезадаптацию, спровоцировать эмоциональные расстройства и даже стать причиной суицида. Известно, что многие психические заболевания манифестируют именно в этот период, так как такие перемены в жизни являются стрессогенными и требуют больших психических затрат (Войцех, 2006).

Не менее стрессогенной может быть ситуация обучения для старшекурсников. Высокий уровень стресса у них обусловлен перспективой перехода к новой стадии жизненного цикла: необходимостью выбора сферы занятости и поиска работы. Нередко у них отмечается усложнение предметов и увеличение нагрузок во время экзаменационных сессий.

Показатели депрессии в исследуемой выборке приведены в табл. 8.

Как видно из табл. 8, 75% студентов-первокурсников и 67,7% студентов старших курсов не отмечают в самоотчете симптомов депрессии, Отмечают симптомы депрессии 25% студентов-первокурсников и 32,3% студентов старших курсов. Примерно одинаковый процент пер-

Таблица 8

Распределение студентов по выраженности симптомов депрессии (Опросник депрессии Бека), в %

Тяжесть симптомов (в баллах)	*Младшие курсы, N=145*		*Старшие курсы, N=164*	
	N	*%*	*N*	*%*
Тяжелая депрессия (>29)	7	4	7	4,3
Депрессия умеренной тяжести (19–28)	12	8	11	6,7
Легкая депрессия (14–18)	20	13	35	21,3
Нет депрессии (0–13)	106	75	111	67,7

вокурсников и старшекурсников отмечают симптомы депрессии средней и тяжелой степени (12 и 11% соответственно). Важно отметить, что частота симптомов депрессии в исследованной выборке выше, чем в общей популяции (Ротштейн с соавт., 2005).

При анализе *Опросника депрессии Бека* мы придавали особое значение показателям пункта «Суицидальные мысли и желания» . В следующей табл. 9 приведены результаты заполнения испытуемыми этого пункта.

Данные табл. 9 свидетельствуют о достаточно высоком суицидальном риске в исследуемой выборке. Причем, особенно высок этот риск среди первокурсников. 25% из них отмечают в самоотчете наличие суицидальных мыслей и желаний, один из этих студентов сообщает о готовности совершить суицид в любой подходящий момент. Среди старшекурсников наличие суицидальных мыслей и желаний отмечают 16,4%.

Как видно из табл. 10, студенты-первокурсники демонстрируют менее высокие показатели тревоги по сравнению со старшекурсниками. Тем не менее они достаточно высоки: лишь треть всех испытуемых не отмечает у себя симптомов тревоги, 29% отмечают симптомы легкой тревоги, 22% – симптомы средней интенсивности и 14% обследованных испытывают сильную тревогу. Среди студентов старших курсов более половины (51,8%) испытывают симптомы тревоги средней и высокой степени тяжести. У студентов первокурсников выше уровень суицидального риска, а у студентов старших курсов высокий уровень тревоги, что ставит задачи дальнейших исследований и выделения дифференцированных мишеней оказания психологической помощи студенческому контингенту.

Таблица 9

Распределение студентов по выраженности суициального поведения (показатели пункта «Суицидальные мысли и желания» Опросника депрессии Бека), в %

Варианты ответа	***Младшие курсы, N=145***		***Старшие курсы, N=164***	
	N	***%***	***N***	***%***
У меня нет мыслей о самоубийстве	106	75	137	83,6
У меня есть мысли о самоубийстве, но я не приведу их в исполнение	27	19	25	15,2
Я хотел бы покончить с собой	7	5	2	1,2
Я бы покончил с собой при подходящей возможности	1	1	0	0

Таблица 10

Распределение студентов по выраженности симптомов тревоги (Опросник тревоги Бека), в %

Тяжесть симптомов в баллах	*Младшие курсы, N=145*		*Старшие курсы, N=164*	
	N	*%*	*N*	*%*
Высокий уровень (>18)	22	14	32	19,5
Умеренная выраженность (14–18)	43	22	53	32,3
Легкие симптомы (5–14)	42	29	62	37,8
Нет симптомов (0–5)	48	35	17	10,4

Таким образом, от 10 до 20% подростков школьников и студенческой молодежи разного возраста попадают в группы высокого риска и демонстрируют симптомы депрессии средней и выраженной тяжести

6.2. Социальное сиротство как фактор эмоциональных нарушений у детей

В исследовании принимали участие подростки 12–14 лет, всего 141 человек[3]. Основную группу составили подростки, проживающие вне кровной семьи в приютах и интернатах Москвы – 50 человек. Чаще всего родители этой группы подростков лишены родительских прав, и дети являются социальными сиротами. В группу сравнения были включены подростки из неблагополучных семей – 25 человек (отделение дневного пребывания приюта). Контрольную группу составили подростки, проживающие в благополучных семьях – 66 человек. Для статистической обработки результатов обследования сравниваемые группы были выровнены по полу и возрасту.

Согласно многофакторной модели алкоголизация и распад семей приводят к социальному сиротству, которое является одним из важных макросоциальных факторов расстройств аффективного спектра. На основании данных обзора литературы (Гл. 4.1) и собственных исследований нами были сформулированы следующие гипотезы исследования:

- у детей–социальных сирот выше уровень симптомов депрессии и тревоги и более бедный эмоциональный словарь по сравнению с детьми из обычных семей;

[3]Исследование проводилось совместно с С.В. Воликовой при участии студентки МГППУ, сотрудницы СРЦ «Отрадное» Д.Ю. Кузнецовой (Воликова, Холмогорова, Кузнецова, 2006).

- у детей–социальных сирот выше уровень симптомов депрессии и тревоги и более бедный эмоциональный словарь по сравнению с детьми из неблагополучных семей.

Для исследования эмоционального состояния подростков использовались *Опросник детской депрессии Ковак* и *Шкала личностной тревожности Прихожан*, а также тестировалась способность подростков осознавать и описывать особенности эмоционального состояния (*Тест на эмоциональный словарь Кристалла*).

Представленные данные позволяют говорить о том, что воспитанники приютов (социальные сироты) в отличие от своих сверстников из благополучных семей имеют более высокий уровень тревоги и депрессии (имеются статистические различия между группами). В группе младших подростков негативное настроение и тревога в наибольшей степени проявляются в негативной самооценке и межличностных проблемах. Негативные переживания старших детей чаще всего сосредо-

Таблица 11

Уровень депрессии и тревоги у подростков, проживающих в приюте, по сравнению с подростками, проживающими в семье (Опросник детской депрессии Ковак; Шкала личностной тревожности Прихожан)

Шкалы опросников	*Воспитанники приюта 12–13 лет N=25, M (SD)*	*Подростки, проживающие в благополучных семьях 12–13 лет N=28, M (SD)*	*Воспитанники приюта 14–16 лет N=25, M (SD)*	*Подростки, проживающие в благополучных семьях 14–16 лет N=38, M (SD)*
Негативное настроение	55,3 (10,0)	50,3 (9,3)	53,8 (9,2)	50,7 (8,9)
Межличностные проблемы	58,6 (11,9)	54,7 (9,7)	54,0 (10,7)	53,4 (10,1)
Неэффективность	53,7 (8,5)	50,2 (10,8)	59,6** (10,3)	49,7 (7,3)
Ангедония	51,1 (8,8)	49,2 (9,9)	52,5 (9,0)	50,0 (8,8)
Негативная самооценка	59,6* (12,7)	49,8 (9,6)	57,0 (12,6)	52,4 (9,8)
Общий показатель депрессии	56,5* (9,9)	50,5 (10,1)	56,8* (9,2)	51,2 (9,1)
Школьная тревожность	5,0 (2,4)	4,4 (2,6)	5,8 (3,3)	4,2 (3,4)
Самооценочная тревожность	4,7 (2,4)	3,6 (2,8)	4,8* (2,2)	3,3 (2,0)
Межличностная тревожность	6,0* (2,8)	4,0 (2,6)	4,6 (2,2)	4,0 (2,8)
Магическая тревожность	4,9 (3,4)	3,9 (3,2)	4,6* (3,4)	2,9 (2,9)
Общий показатель тревожности	5,2* (2,4)	4,15 (2,6)	5,1* (2,9)	3,5 (2,9)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p< 0,05 (критерий Манна–Уитни), ** – при p<0,001 (критерий Манна–Уитни).

точены вокруг негативной оценки себя, ощущения собственной неэффективности, представлений о непредсказуемости, небезопасности окружающего мира (*Шкала магическая тревожность*).

При проведении *Теста на эмоциональный словарь Кристалла* подсчитывалось два показателя: средний балл, отражающий частоту употребления эмоциональных категорий при ответе на вопросы теста и показатель разнообразия называемых эмоций, выражаемый в числе названных подростком различных эмоций (Гл. 6.2).

Согласно полученным данным, старшие подростки, проживающие вне семьи, менее способны к описанию эмоциональных переживаний, они обладают более скудным эмоциональным словарем. Младшие подростки, проживающие вне семьи, не отличались от своих сверстников из благополучных семей. Одним из возможных объяснений данной ситуации может быть тот факт, что с этой возрастной группой детей из приюта активно занимались психологи. Целью психокоррекционных занятий психологов было развитие эмоциональной сферы детей, и в частности – развитие эмоционального словаря.

Как видно из представленных табл. 12–14, подростки, проживающие вне семьи в условиях воспитательных учреждений (приютов, интернатов, детских домов), имеют явные проблемы в эмоциональной сфере (более высокий уровень тревоги и депрессии, менее способны выразить эмоциональное состояние). Эти отличия выявляются при сравнении социальных сирот с их сверстниками из благополучных семей.

Таблица 12

Способность выражать эмоциональное состояние у подростков, проживающих в приюте, по сравнению с подростками, проживающими в семье (структурированное интервью на основе теста Кристалла)

Показатели опросника	***Воспитанники приюта 12–13 лет N=25, M (SD)***	***Подростки, проживающие в благополучных семьях 12–13 лет N=28, M (SD)***	***Воспитанники приюта 14–16 лет N=25, M (SD)***	***Подростки, проживающие в благополучных семьях 14–16 лет N=38, M (SD)***
Употребление эмоциональных категорий	12,4 (6,6)	13,4 (6,3)	11,8* (6)	15,9 (6,7)
Богатство эмоционального словаря	6,5 (3,7)	6,4 (2,6)	5,4* (2,6)	7,3 (2,5)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p< 0,05 (критерий Манна–Уитни), ** – при p<0,001 (критерий Манна–Уитни).

Для проверки второй гипотезы, в основе которой лежит представление о важности наличия семьи для эмоционального благополучия ребенка, мы сравнили подростков без семьи с их сверстниками из неблагополучных семей, проживающих вместе с родителями. Обнаружено, что подростки, проживающие отдельно от неблагополучных родителей, имеют более высокий уровень тревоги, чем их сверстники, проживающие вместе с асоциальными родителями.

Результаты свидетельствуют о том, что подростки из неблагополучных семей отличаются от сверстников из благополучных семей по уровню и проявлениям депрессивной симптоматики (у них более выражено негативное настроение и ангедония). Статистические различия между группами обнаружены по соответствующим шкалам и общему показателю депрессии. Из сопоставления табл. 12–14 видно, что наибольшие нарушения в эмоциональной сфере обнаруживают подростки, проживающие *вне семьи*, затем идут подростки, проживающие *в неблагополучных семьях*, наиболее благополучными оказались дети, проживающие *в благополучных семьях*.

Таблица 13

Уровень депрессии и тревоги у подростков, проживающих в приютах, по сравнению с подростками, проживающими в неблагополучных семьях (Опросник детской депрессии Ковак; Шкала личностной тревожности Прихожан)

Шкалы опросников	***Воспитанники приютов N=50, M(SD)***	***Подростки, проживающие в неблагополучных семьях N=25, M(SD)***
Негативное настроение	54,6 (9,6)	55,2(9,9)
Межличностные проблемы	56,3 (11,5)	55,7 (13,0)
Неэффективность	56,7 (9,8)	53,9 (11,8)
Ангедония	51,8 (8,8)	53,4 (8,6)
Негативная самооценка	58,3 (12,6)	55,1 (12,3)
Общий показатель депрессии	56,7 (10,2)	54,8 (11,0)
Школьная тревожность	5,4 (2,9)	4,6 (2,7)
Самооценочная тревожность	4,7 (2,3)	4,1 (2,4)
Межличностная тревожность	5,3 (2,6) **	3,6 (2,4)
Магическая тревожность	4,8 (3,3)	3,7 (3,0)
Общий показатель тревожности	5,2 (2,6) **	3,9 (2,9)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни), ** – при $p < 0,001$ (критерий Манна–Уитни).

Таблица 14

Уровень депрессии и тревоги у подростков, проживающих в неблагополучных и благополучных семьях (Опросник детской депрессии Ковак; Шкала личностной тревожности Прихожан)

Шкалы опросников	*Подростки, прожив. в неблагополучных семьях N=25, M(SD)*	*Подростки, прожив. в благополучных семьях N=66, M(SD)*
Негативное настроение	55,2 (9,9)**	50,5 (9,0)
Межличностные проблемы	55,7 (13,0)	54,0 (9,9)
Неэффективность	53,9 (11,8)	49,9 (8,9)
Ангедония	53,4 (8,6)*	49,7 (9,2)
Негативная самооценка	55,1 (12,3)	51,3 (9,8)
Общий показатель депрессии	54,8 (11,0)*	50,9 (9,0)
Школьная тревожность	4,6 (2,7)	4,3 (3,0)
Самооценочная тревожность	4,1 (2,4)	3,4 (2,3)
Межличностная тревожность	3,6 (2,4)	4,0 (2,7)
Магическая тревожность	3,7 (3,0)	3,3 (3,0)
Общий показатель тревожности	3,9 (2,9)	3,6 (2,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни), ** – при $p < 0,001$ (критерий Манна–Уитни).

Более ярко, чем средние показатели симптомов депрессии и тревоги по группам, уровень неблагополучия детей-сирот иллюстрируют диаграммы, демонстрирующие процентное соотношение детей, попадающих в группу риска в изученных группах. Из них особенно хорошо видно, что наиболее неблагополучную группу представляют собой дети-социальные сироты.

Из рис. 3 видно, что в группу риска по выраженности симптомов депрессии попадает более 40% детей-социальных сирот, тревоги – более 30%, скудный эмоциональный словарь отличает более 40% этих детей. Дети из неблагополучных семей занимают промежуточное положение между детьми-социальными сиротами и школьниками из благополучных семей. Особенно большой процент детей-социальных сирот демонстрируют критически высокий уровень межличностных проблем, как по соответствующей шкале *Опросника детской депрессии Ковак*, так и по подшкале межличностной тревожности *Шкалы личностной тревожности Прихожан* (см. рис. 4 и 5). Это может свидетельствовать о чувстве изоляции и противопоставленности социуму и существенно затруднять построение отношений с другими людьми, получение необходимой этим детям эмоциональной поддержки.

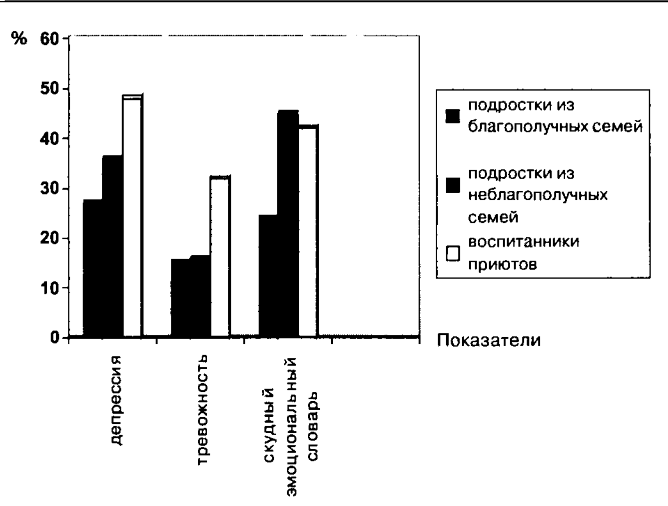


Рис. 3. **Соотношение числа подростков в изученных группах попадающих в группу рнска по выраженности снмптомов депресснн и тревогн, а также с выраженнымн трудностями вербализации эмоций (Опросннк детской депрессии Ковак; Шкала лнчностной тревожности Прихожан, Тест на эмоцнональный словарь Кристалла), в %**

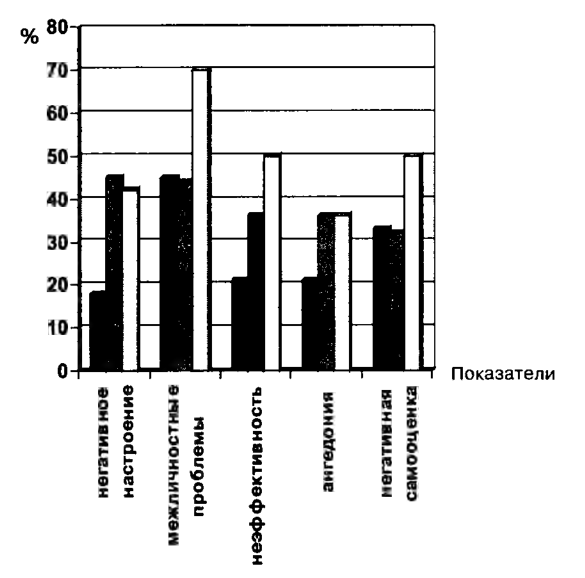


Рис. 4. **Подростки с высокими показателямн по шкале депрессин (Опросннк детской депрессии Ковак), в %**

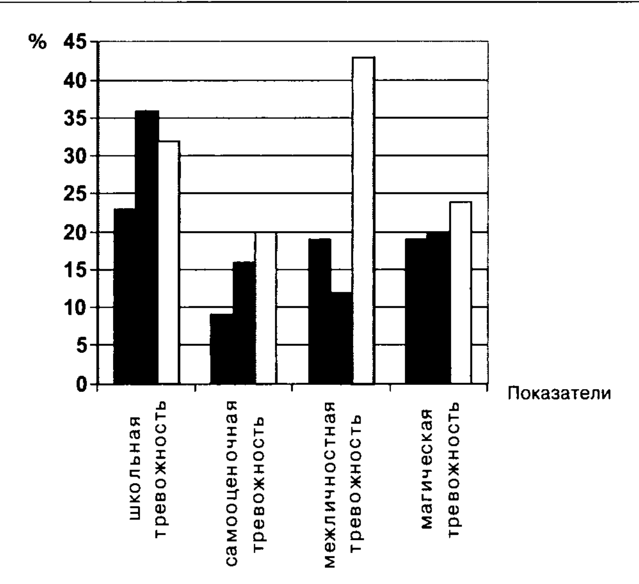


Рис. 5. **Подростки с высокими показателями по шкале личностной тревожности (Шкала лнчностной тревожностн Прихожаи), в %**

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о выраженном эмоциональном неблагополучии детей-социальных сирот. Сопоставление с данными позитивной динамики эмоционального состояния ребенка при помещении его в замещающую семью, полученными в исследовании В.Н.Ослон (Ослон, 2002; Ослон, Холмогорова, 2001 а, б) подтверждает необходимость семейного жизнеустройства детей-сирот и развития института замещающей семьи для реабилитации этих детей.

6.3. Культ социального успеха и перфекционистские образовательные стандарты как фактор эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по программам повышенной сложности

В исследовании приняли участие 131 школьник V-VI классов общеобразовательных школ и гимназий Москвы и Электростали Московской области и их родители (66 человек)[4].

Согласно многофакторной модели расстройств аффективного спектра перфекционистские ценности, культ успеха и совершенства в об-

[4]Исследование проводилось совместно с С.В. Воликовой при участии студентки МГППУ А.М. Галкиной.

ществе являются важными макросоциальными факторами расстройств аффективного спектра. Исходя из имеющихся исследовательских данных, а также в опоре на собственный опыт многолетней практической работы с детьми и взрослыми были сформулированы *гипотезы данного исследования*:

- у детей гимназических классов выше показатели эмоционального неблагополучия по сравнению с детьми из обычных классов;
- у родителей детей из гимназических классов выше уровень перфекционизма по сравнению с родителями детей из обычных классов;
- показатели родительского перфекционизма связаны с показателями эмоционального неблагополучия детей.

Детям предлагались следующие опросники: *Шкала личностной тревожности Прихожан*; *Опросник детской депрессии Ковак*. Родители заполняли *Опросники тревоги и депрессии Бека*, *Опросник перфекционизма* и отвечали на вопросы структурированного интервью *Родительская критика и ожидания* (*РКО*).

Обработка данных позволяет говорить о том, что проявление депрессивной и тревожной симптоматики чаще встречается у детей и подростков, обучающихся в школах с усложненной программой.

Из табл. 15 видно, что в группе риска по развитию тревожных или депрессивных расстройств и состояний преобладают дети из гимназий. Хотя необходимо отметить, что среди обычных школьников также есть дети, попавшие в группу риска.

На основе результатов *Опросника детской депрессии Ковак* были выделены основные показатели плохого настроения у детей, обучающихся по программам разной степени сложности.

Как видно из табл. 16 между группой гимназистов и школьников, обучающихся в обычной школе, имеются статистические различия по всем шкалам этого опросника. Результаты данного исследования и

Таблица 15

Число учащихся, попадающих в группу риска по развитию эмоциональных расстройств (Опросник детской депрессии Ковак; Шкала личностной тревожности Прихожан), в %

Выраженность симптомов	*Гимназии N=47*	*Общеобразовательные школы N=84*
Депрессивная симптоматика выше нормы	59,6	30,9
Тревожная симптоматика выше нормы	55,3	32,1

Таблица 16

Показатели депрессивного состояния у гимназистов и учащихся общеобразовательной школы (Опросник детской депрессии Ковак)

Шкалы опросника	*Гимназия N=47, M(SD)*	*Общеобразоввтельная шкопа N=84, M(SD)*
Негативное настроение	55(9)*	50(8)
Межличностные проблемы	53(11)**	49(8)
Неэффективность	54(10)*	49(7)
Ангедония	54(11)*	51(10)
Негативная самооценка	56(7)**	50(7)
Общий показатель	56(9)**	50(7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p< 0,05$ (критерий Манна–Уитни), ** при $p<0,001$ (критерий Манна–Уитни).

опыт практической работы показывают, что особенно часто гимназисты жалуются на межличностные проблемы со сверстниками, негативную самооценку, ощущение собственной неэффективности и сниженное настроение. Именно по этим шкалам среди гимназистов более чем в два раза больше детей, попадающих в группу риска по развитию депрессивных расстройств. Обработка опросника детской депрессии показала, что ученики гимназии вне зависимости от пола имеют больше нарушений в сфере межличностных отношений (на уровне статистической значимости) по сравнению с учениками обычной школы. У гимназистов также выражены переживания по поводу собственной неэффективности, имеют место часто необоснованные страхи не справиться с различными учебными задачами, особенно с контрольными работами. Самооценка также очень хрупкая. Присутствуют полярные оценки себя: если в школе все получается – «Я молодец, умный»; что-то не получилось, получил низкую отметку – «Я полный идиот». Поскольку не возможно постоянно быть успешным в условиях освоения усложненной программы, большинство гимназистов оценивают себя, свои возможности, свои результаты негативно. Гимназисты в большей степени склонны реагировать заметным снижением настроения (попадают в группу риска по развитию депрессивного состояния), чем их сверстники из обычной школы. Имеются значимые различия по общему показателю депрессии между этими группами испытуемых.

Также в группе детей, обучающихся по сложной программе, более высокие показатели по уровню тревожности.

Таблица 17

Показатели тревожности у гимназистов и учащихся общеобразовательной школы (Шкала личностной тревожности Прихожан)

Шкалы опросника	***Гимназия N=47, M(SD)***	***Общеобразовательная школа N=84, M(SD)***
Школьная тревога	5(3)**	4(2)
Самооценочная тревога	5(4)	4(3)
Межличностная тревога	6(4)	5(3)
Магическая тревога	5(4)*	4(3)
Общий показатель	6(3)**	4(3)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p< 0,05 (критерий Манна–Уитни), ** при p<0,001 (критерий Манна–Уитни).

Как видно из табл. 17 у гимназистов по сравнению со школьниками, обучающимися в общеобразовательных школах, выше общий показатель тревоги, более выражена школьная тревога и магическая тревога. Сравнивая гимназистов и школьников общеобразовательной школы, необходимо обратить внимание на показатели школьной тревоги: среди гимназистов 17% попадают в группу риска, а в обычных школах почти в три раза меньше. Вопросы, включенные в шкалу школьной тревоги, перекликаются с вопросами, составляющими шкалу неэффективности в *Опроснике детской депрессии Ковак*. Таким образом, можно говорить о том, что на различные учебные ситуации, связанные с проверкой знаний (контрольные работы, ответы у доски и с места, экзамены и др.), гимназисты значительно чаще, чем школьники из общеобразовательных школ, реагируют снижением настроения и повышением уровня тревоги. Различия по шкале «магическая тревога» могут свидетельствовать о склонности гимназистов воспринимать многие события, как независимые от воли и желания человека, приписывать фантастические свойства различным непонятным пока для них событиям и явлениям. Это может приводить к формированию у таких детей убеждения в том, что от них в жизни мало что зависит, а также к формированию магического мышления, что может, в свою очередь, приводить к развитию устойчивых эмоциональных нарушений в более взрослом возрасте (Холмогорова, 1995, 2002).

Приведенные выше результаты, на наш взгляд, легко объяснимы. Дети, обучающиеся по усложненной программе, очень загружены. Им

некогда заводить знакомства вне стен гимназии, а некоторые из них, как показывает опыт консультативной работы, просто не умеют и боятся общаться. В таких учебных заведениях часто культивируется атмосфера конкуренции. Довольно сложно поддерживать близкие дружеские отношения с тем, с кем ты конкурируешь, поэтому сфера межличностных отношений становиться особенно уязвимой.

Эти дети оказываются под двойным прессом. С одной стороны на них оказывают давление родители, которые сами часто обладают высоким уровнем тревоги и очень беспокоятся за будущее детей. Часто от таких родителей можно услышать, что если ребенок будет учиться на «5», хорошо закончит престижную школу/гимназию, поступит в престижный институт, то это гарантирует ему высокое социальное положение в жизни, стабильность и безопасность. Высокие отметки для этих родителей – залог успешного будущего их детей и эффективный способ снижения собственной тревоги. Их тревога, в частности, проявляется в катастрофических сверхобобщениях: «Если сегодня получил тройку, то потом не поступишь в институт, (а дальше на выбор) окажешься нищим, дворником, «бомжом» у трех вокзалов».

Как видно из табл. 18, существенный вклад в формирование высокого уровня родительского перфекционизма вносит фактор *Высокие стан-*

Таблица 18

Структура перфекционизма у родителей детей группы риска по развитию эмоционального расстройства и родителей здоровых детей (Опросник перфекционизма Гаранян, Холмогоровой)

Шкалы опросника	***Родители здоровых детей, N=35, M(SD)***	***Родители детей группы риска, N=31, M(SD)***
Страх несоответствия ожиданиям других	11(5)	13(5)
Завышенные притязания и требования к себе	12(3)	13(4)
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных	10(3)	11(3)*
Селектирование информации с негативным смыслом	5(3)	6(3)
Поляризованное мышление («все или ничего»)	10(4)	12(4)
Контроль над чувствами	5(2)	5(2)
Общий показатель перфекционизма	53(14)	60(13)*

M – среднее значение,
SD – стандартное отклонение;
* при p< 0,05 (критерий Манна–Уитни).

дарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных. Родители детей группы риска в различных видах деятельности склонны предъявлять к себе самые высокие требования и ориентироваться на самые высокие результаты и самых успешных людей. Если родители предъявляют к себе и своей деятельности такие высокие требования, то и к ребенку явно или не явно предъявляются подобные требования.

Проведенный корреляционный анализ выявил связь между показателями родительского перфекционизма (по данным опросника перфекционизма) и отдельными проявлениями депрессивной и тревожной симптоматики у ребенка (табл. 19).

Можно говорить о том, что высокие стандарты, предъявляемые родителями к своей и чужой деятельности, связаны с ощущением неэффективности и с негативной самооценкой у их детей. Перфекционистские установки, склонность родителей выделять прежде всего информацию с негативным смыслом при игнорировании позитивной информации оказались связанными с самооценочной тревогой у детей.

Для детального анализа высказываний родителей относительно настоящего и будущего своих детей по данным структурированного интервью *Родительская критика и ожидания* привлекались независимые эксперты (психологи – психотерапевты с большим опытом работы). Экспертная оценка родительских требований и ожиданий показала, что родители детей группы риска, большинство из которых составляли учащиеся гимназий, чаще предъявляют детям слишком высокие требования, ждут от них слишком многого, их высказывания носят перфекцио-

Таблица 19

Связь родительского перфекционизма с тревожной и депрессивной симптоматикой у детей (Опросник перфекционнзма Гаранян, Холмогоровой, Шкала личностной тревожности Прихожан, Опросник детской депрессии Ковак, N=70, коэф. корреляции Спирмена)

Шкалы опросников	*Самооценочная тревога*	*Неэффективность*	*Негативная самооценка*
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных		0,265*	0,266*
Селектирование информации с негативным смыслом	0,290*		
Общий показатель перфекционизма	0,240*		

* – при $p<0,05$

нистский характер. Например, родители хотят и ждут, чтобы их ребенок «был отличником», «всегда был на первых местах», «достиг в жизни самых высоких результатов, значительно больших, чем я (родитель)» и т.д. На основе этих данных мы можем говорить о связи родительского перфекционизма и нарушений в эмоциональной сфере ребенка. Однако, как показывают результаты других исследований, связь между родительским перфекционизмом и нарушениями в эмоциональной сфере детей не прямая и опосредована различными переменными.

Таким образом, это исследование открывает перспективы дальнейшего поиска связи родительского перфекционизма и детской депрессивности и тревожности, например, через изучение интериоризированных перфекционистских установок у самих детей.

6.4. Культ физического совершенства как фактор эмоциональных нарушений у молодежи

Обследовались четыре группы испытуемых[5]: 1) экспериментальная – 60 девушек, занимающихся фитнесом в спортивно-оздоровительных центрах в возрасте от 17 до 23 лет; 2) контрольная – 60 девушек также от 17 до 23 лет, не вовлеченных в эту деятельность; 3) экспериментальная – 25 мужчин, занимающихся бодибилдингом в спортивных клубах Москвы в возрасте от 20 до 30 лет; 4) контрольная – 25 мужчин, не занимающихся бодибилдингом, также от 20 до 30 лет.

Согласно многофакторной модели расстройств аффективного спектра макросоциальные факторы в виде поощряемых обществом дисфункциональных ценностей, способствуют росту числа расстройств аффективного спектра в современной культуре (см. Гл. 4.1). В опоре на это положение были выдвинуты *гипотезы данного исследования:*

- у девушек и юношей, занимающихся коррекцией фигуры, выше уровень эмоционального неблагополучия по сравнению с девушками и юношами, не вовлеченными в эту деятельность;
- у девушек и юношей, занимающихся коррекцией фигуры, выше уровень общего и физического перфекционизма по сравнению с девушками и юношами, не вовлеченными в эту деятельность;
- уровень физического перфекционизма связан с выраженностью эмоционального неблагополучия.

[5]Исследование проводилось при участии студентки МГППУ А.А. Дадеко.

Кроме специально разработанной шкалы физического перфекционизма методический комплекс включал *Социодемографическую анкету* (в которую входили показатели реальных и идеальных или желаемых роста и веса); *Опросник перфекционизма*; *Опросники тревоги и депрессии Бека* (подробное описание методик приводится в Гл. 5.2).

Приведем средние росто-весовые показатели испытуемых в группах фитнеса и бодибилдинга и контрольных группах (табл. 20).

Средний росто-весовой показатель подсчитывался следующим образом: из среднего показателя роста вычитался средний показатель веса. Росто-весовые показатели в экспериментальной (фитнес) и контрольной группах женщин статистически не различаются. Этот показатель в экспериментальной группе мужчин (бодибилдинг) ниже, чем в контрольной, что может свидетельствовать о более выраженной мышечной массе у мужчин, занимающихся бодибилдингом (табл. 20).

Приведем средние показатели индексов массы тела испытуемых в группах фитнеса, бодибилдинга и контрольных группах. Индекс массы тела используется в медицине для определения избытка веса и подсчитывается по формуле: вес разделить на рост в квадрате. Для каждого возраста существуют свои нормативные вариации. Средние показатели индексов массы тела испытуемых входят в пределы нормальной вариации. Они статистически не различаются в экспериментальной (фитнес) и контрольной группах женщин. Средние показатели индексов массы тела в экспериментальной группе мужчин (бодибилдинг) выше, чем в контрольной, что может свидетельствовать о более выраженной мышечной массе у мужчин, занимающихся бодибилдингом (табл. 21).

Таблица 20

Соотношение роста и веса испытуемых в группах фитнеса и бодибилдинга и контрольных группах

Росто-весовой показатель	*Женщины*		*Мужчины*	
	Фитнес N=60	*Контрольная N=60*	*Бодибилдинг N=25*	*Контрольная N=25*
M (SD)	107 (8)	108 (7)	96* (11)	103 (12)

M – среднее значение,
SD – стандартное отклонение,
* – при $p<0,05$ (критерий Манна–Уитни).

Таблица 21

Соотношение индексов массы тела между группами фитнеса, бодибилдинга и контрольными группами

Индекс (Body mass)	*Женщины*		*Мужчины*	
	Фитнес N=60	*Контрольная N=60*	*Бодибилдинг N=25*	*Контрольная N=25*
M (SD)	21,6 (2,5)	21,2 (2)	26* (3,5)	23,6 (3)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p<0,05 (критерий Манна–Уитни), ** – при p<0,01 (критерий Манна–Уитни).
Примечание: отклоняющиеся от нормы значения индекса:
Начальная стадия ожирения (излишек веса) для женщин > 27,3,
Начальная стадия ожирения (излишек веса) для мужчин > 27,8,
Тяжелая стадия ожирения для женщин > 32,3,
Тяжелая стадия ожирения для мужчин > 31,1

Приведем средние индексы разрыва между идеальным и реальным весом (и ростом) испытуемых. Средний индекс разрыва между идеальным и реальным весом в экспериментальной группе женщин (фитнес) выше, чем в контрольной. Таким образом, у девушек, занимающихся фитнесом требования к своей фигуре более высокие, чем у девушек, не вовлеченных в эту деятельность (табл. 22).

Как показывают данные табл. 21 и 22 при отсутствии значимых различий в соотношении веса и тела и преобладании нормальных весовых индексов в обеих группах, девушки из экспериментальной группы в большей степени недовольны своим весом. Что касается юношей, то у бодибилдеров значимо больше соотношение роста и веса, что, видимо, говорит об их большей мышечной массе, при этом значимых различий между идеальным и реальным весом и ростом в экспериментальной и контрольной группах юношей не отмечается.

При сравнении экспериментальных и контрольных групп по *Опросникам депрессии и тревоги Бека* видно, что выявлены значимые различия между группами, как женщин, так и мужчин. В экспериментальных группах (фитнеса и бодибилдинга) уровень депрессии и тревоги выше, чем в контрольных (табл. 23).

По результатам обработки *Опросника депрессии Бека* (табл. 24) выявлено, что симптомы депрессии имеют место у половины девушек, посещающих клубы фитнес, причем у 30% эти симптомы достигают средней и выраженной степени тяжести. В контрольной группе 15% демонстрируют симптомы легкой степени тяжести и 7% – умеренной. Экспериментальная группа мужчин (бодибилдинг) отличается наибо-

Таблица 22

Индекс разрыва между идеальным и реальиым весом у испытуемых в группах фитнеса и бодибилдинга и контрольных группах

Индексы разрыва	**Женщины**		**Мужчины**	
	Фитнес N=60	**Контрольная N=60**	**Бодибилдинг N=25**	**Контрольная N=25**
Вес M (SD)	−5 (4)**	−2 (3)	1 (9)	2 (7)
Рост M (SD)	2 (4)	3 (4)	5 (6)	4 (9)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p<0,05 (критерий Манна–Уитни), ** – при p<0,01 (критерий Манна–Уитни).
Примечание: формула подсчета: (Идеал.вес)–(Реал.вес)

Таблица 23

Выраженность симптомов депрессии и тревоги в группах фитнеса и бодибилдинга по сравнению с контрольными группами (Шкалы тревоги и депрессии Бека)

Шкалы	**Женщины**		**Мужчины**	
	Фитнес N=60, M (SD)	**Контрольная N=60, M (SD)**	**Бодибилдинг N=25, M (SD)**	**Контрольная N=25, M (SD)**
Депрессия	15** (9)	8 (7)	21* (12)	13 (12)
Тревога	14* (8)	10 (6)	19** (11)	10 (8)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p<0,05 (критерий Манна–Уитни), ** – при p<0,01 (критерий Манна–Уитни).

лее выраженным эмоциональным неблагополучием: о наличии депрессивной симптоматики разной степени тяжести сообщили больше двух третей испытуемых (72%), причем 60% жалуются на симптомы депрессии средней и тяжелой степени. В контрольной группе мужчин отсутствие депрессии демонстрируют больше половины испытуемых.

Для сравнения характера жалоб в группах фитнеса и бодибилдинга были рассмотрены значения средних по группе показателей ответов на отдельные вопросы *Опросника депрессии Бека.* Оказалось, что у женщин наиболее выражен такой симптом, как тоска, а меньше всего они жалуются на утрату интереса к сексу. У мужчин, занятых изнурительными тренировками, преобладают жалобы на потерю энергии и усталость, трудности сосредоточения и нарушения сна. Довольно высокий балл по показателям суицидальные мысли, плач и пессимизм. Мужчины жалуются на раздражительность, утрату интересов и чувство наказанности. Меньше всего они страдают от отвращения к себе.

Таблица 24

Выраженность симптомов депрессии в группах фитнеса, бодибилдинга и контрольных группах (Опросник депрессии Бека), в %

Выраженность симптомов	***Женщины***		***Мужчины***	
	Фитнес N=60	***Контрольная N=60***	***Бодибилдинг N=25***	***Контрольная N=25***
Отсутствие депрессии	50	78	28	60
Лёгкая депрессия	20	15	12	8
Депрессия умеренной тяжести	22	7	32	20
Тяжелая депрессия	8	0	28	12

Таблица 25

Выраженность симптомов тревоги в группах фитнеса, бодибилдиига и контрольных группах (Опросник тревоги Бека), в %

Выраженность симптомоя	***Женщины***		***Мужчины***	
	Фитнес N=60	***Контрольная N=60***	***Бодибилдинг N=25***	***Контрольная N=25***
Нет тревоги	12	22	16	28
Лёгкая тревога	13	20	0	24
Тревога средней интенсивности	53	48	36	32
Высокая тревога	22	10	48	16

По результатам обработки *Опросника тревоги Бека* (табл. 25) выявлено, что девушек и юношей с тревогой средней интенсивности и с высоким уровием тревоги больше в группах фитнеса и бодибилдинга по сравнению с контрольными.

При сопоставлении экспериментальных и контрольных групп по общему показателю перфекционизма и по отдельным его параметрам (включая физический перфекционизм), выявлено, что, девушки и юноши, занимающиеся коррекцией фигуры характеризуются значимо ($p<0,01$) более высокими показателями общего и физического перфекционизма по сравнению с девушками и юношами, не вовлеченными в эту деятельность, что подтверждает одну из выдвинутых нами гипотез. Особенно выражены в обеих экспериментальных группах показатель «страх иесоответствия ожиданиям других людей» или социальио

предписываемый перфекционизм, а также показатель физического перфекционизма ($p<0{,}01$).

Таким образом, эмоциональное неблагополучие в виде симптомов депрессии и тревоги более выражено в группах девушек и юношей, занимающихся коррекцией фигуры, по сравнению с молодыми людьми, не вовлеченными в эту деятельность (различия статистически значимы). Юноши, занимающиеся бодибилдингом, по выраженности симптомов депрессии и тревоги, представляют собой наиболее неблагополучную группу. Уровень общего и физического перфекционизма значимо выше в группах девушек и юношей, занимающихся коррекцией фигуры по сравнению с молодыми людьми, не вовлеченными в эту деятельность (различия статистически значимы). Установлена корреляционная значимая связь между физическим перфекционизмом (предъявление высоких стандартов к своему телу) и уровнем депрессии по опроснику А. Бека ($p<0{,}01$).

6.5. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения как фактор эмоциональных нарушений у мужчин и женщин

Была обследована группа из 210 человек – 40 мужчин и 170 женщин в возрасте от 18 до 45 лет[6]. Обе группы были уравнены по возрасту и уровню образования. Для проверки гипотезы о половых различиях в установках по отношению к эмоциям мы сравнивали результаты экспресс-опроса мужчин и женщин с помощью опросника *Запрет на выражение чувств* (*ЗВЧ*), подробное описание которого приводится в Гл. 1.2.

Согласно многофакторной модели расстройств аффективного спектра полоролевые культуральные стереотипы эмоционального поведения являются важным макросоциальным фактором эмоциональных нарушеиий, а также депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств у женщин и мужчин. Эти стереотипы предписывают силу и сдержанность мужчине, несовместимую с переживанием и выражением астенических эмоций, а также и мягкость и уступчивость женщине, несовместимые с переживанием гнева (см. подробнее Гл.4.1). Соответственно, были выдвинуты следующие *гипотезы*:

- у мужчин выше запрет на переживание и выражение астенических эмоций (страха и печали), что соответствует полоролевому культуральному стереотипу мужественности;

---

[6]Исследование проводилось совместно с Н.Г. Гаранян, при участии студентов факультета психологического консультирования МГППУ.

- у женщин выше уровень запрета на переживание и выражение стенической эмоции гнева, что соответствует полоролевому культуральному стереотипу мягкости и уступчивости.

Из табл. 26 видно, что мужчины отличаются от женщин значимо более высокими показателями запрета на осознание и выражение эмоций печали и страха. Вопреки ожиданиям, запрет иа гнев оказался высоким (превышающим показатели запрета на остальные модальности эмоций) как у женщин, так и у мужчин. Хотя средний показатель запрета на стенические эмоции гнева и радости у женщин несколько выше, эти различия не достигают статистической значимости. Тем не менее, их большие значения у женщин привели к отсутствию значимых различий в общем запрете на выражение чувств.

Таким образом, исследование показало, что запрет на так называемые астенические эмоции (печаль, страх) значимо выше у мужчин. Это согласуется с полоролевым стереотипом «идеального мужчины» – мужественного, сильного, не склонного реагировать на жизненные стрессы тревогой и искать поддержки у окружающих. Вопреки нашим ожиданиям, мы не получили статистически значимых различий между полами по уровню запрета на эмоцию гнева. Полоролевые стереотипы мягкой, уступчивой женщины «душегрейки» и агрессивного, воинственного мужчины явно претерпели определенную трансформацию. Наиболее высокий уровень запрета для обоих полов приходится на модальность гнева. Это означает, что переживание и выражение агрессии считается наиболее неприемлемым видом эмоционального поведения. Учитывая все возрастающую конкурентность нашего общества, можно вслед за К. Хорни утверждать, что в качестве базового конфликта

Таблица 26

Запрет на выраженне чувств у мужчин и женщин (Опросник *ЗВЧ*)

Факторы	**Мужчины M (SD), N=40**	**Женщины M (SD), N=170**	**Критерий Манна–Уитни**
Запрет на печаль	69,8(32,9)*	55,6(36,7)	0,015
Запрет на радость	60,5(37,1)	65,3(40,7)	0,617
Запрет на страх	81,4(24,5)*	69,4(32,7)	0,014
Запрет на гнев	73,3(27,5)	77,6(29,7)	0,525
Средний индекс запрета	71,2(19,0)	66,9(22,6)	0,150

M – среднее значение,
SD – стандартное отклонение;
* – $p<0{,}05$ (критерий Манна–Уитни)

современного человека выступает конфликт между ценностью первенства и успеха, с одной стороны, и запретом на необходимую для этих целей агрессивность, с другой. Агрессивность, таким образом, все больше трансформируется в скрытую враждебность, что в свою очередь, способствует разрушению интерперсональных отношений – низкому уровню социальной интеграции, эмоциональной и инструментальной поддержки.

Таким образом, более высокий уровень запрета на выражение астенических эмоций страха и печали у мужчин может объяснить известный парадокс: женщины традиционно демонстрируют более высокие показатели депрессии и тревоги при заполнении соответствующих опросников, чаще обращаются в стационарные, амбулаторные и кризисные службы по поводу тяжелого эмоционального состояния; в то же время уровень суицидов среди мужчин значительно выше. Трудности предъявления жалоб и обращения за помощью, несомненно, приводят к серьезным трудностям переработки психологического стресса у мужчин.

***

В данной главе были рассмотрены факторы макросоциального уровня, влияющие на эмоциональное благополучие детей, молодежи и взрослых, что позволило выделить группы риска по расстройствам аффективного спектра и сделать следующие ***выводы***.

1. *Макросоциальные факторы* ведут к расслоению общества. Это выражается, с одной стороны, в обнищании и деградации части населения и социальном сиротстве как масштабном явлении в современной России, а с другой – в росте числа обеспеченных семей с запросом на организацию элитных учреждений образования с перфекционистскими образовательными стандартами. Социально неблагополучные семьи и социальное сиротство являются важным фактором расстройств аффективного спектра наряду с выраженной ориентацией на успех и достижения другой части общества. При всей их противоположности, оба фактора создают угрозу эмоциональному благополучию детей.
2. Проявлением культа успеха и совершенства в обществе является широкая пропаганда в средствах массовой информации нереалистичных перфекционистских стандартов внешнего вида (веса и пропорций тела), масштабный рост клубов фитнеса и бодибил-

динга. Для части посетителей этих клубов деятельность по коррекции фигуры приобретает сверхценный характер. Это приводит к заметному росту числа людей с выраженными симптомами депрессии и тревоги среди молодежи, вовлеченной в активную деятельность по коррекции фигуры в заведениях фитнеса и бодибилдинга. Их отличают высокие показатели физического перфекционизма, значимо коррелирующие с показателями депрессии.

3. Полоролевые стереотипы эмоционального поведения, поддерживаемые обществом, ведут к высокому уровню запрета на выражение чувств, что затрудняет их переработку. Высокий уровень запрета на проявления астенических эмоций печали и страха у мужчин может приводить к трудностям обращения за помощью и получения эмоциональной поддержки, что затрудняет переработку психологического стресса, а значит способствует возникновению эмоциональных нарушений и расстройств аффективного спектра. Высокий уровень запрета на выражение гнева как у женщин, так и мужчин может способствовать вытеснению этой эмоции и росту скрытой враждебности.
4. Социально-экономические процессы в обществе и связанные с ними культурные нормы и ценности оказывают существенное влияние на эмоциональное благополучие людей, т.е. выделенные *макросоциальные факторы* необходимо учитывать при разработке системы мишеней психотерапии и психопрофилактики.

Глава 7
Эмпирическое исследование тревожных и депрессивных расстройств

7.1. Характеристика групп, гипотезы и методики исследования

Клиническая характеристика групп

Были обследованы пять групп взрослых испытуемых: 1) 97 пациентов с депрессивными расстройствами; 2) 90 пациентов с тревожными расстройствами; 3) 60 здоровых испытуемых, составивших контрольную группу, сходную с основными группами по социодемографическим показателям; 4) 50 родителей взрослых пациентов; 5) 35 родителей здоровых взрослых испытуемых, составивших контрольную группу для родителей пациентов. Две первые группы составили пациенты, обратившиеся в психологическую консультацию при лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии[1].

При постановке диагноза и распределении пациентов по диагностическим категориям учитывались их жалобы, сведения о течении заболевания, ведущие психопатологические проявления, определяющие клиническую картину на момент обращения и их выраженность, а также личностные особенности пациента. На основе этого некоторым пациентам были поставлены сложные диагнозы, включающие два и более коморбидные расстройства.

Как видно из табл. 27, 50,5% (49 человек) обследованных пациентов с аффективными расстройствами в момент обращения был поставлен диагноз депрессивный эпизод различной степени тяжести. В группе с депрессивными расстройствами часто встречались пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством (35,1% – 34 человека). Следует отметить, что среди больных с депрессивными эпизодами и рекуррентным депрессивным расстройством преобладали рас-

[1] В исследовании принимали участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ: Н.Г. Гараняи, С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева. Клиническую оценку состояния пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводила сотрудик МНИИ психиатрии Т.В. Довженко.

Таблица 27

Диагностическая характеристика обследованных пациентов с депрессивными расстройствами

Код по МКБ 10		Диагноз	Пациенты с аффективными расстройствами, N=97	
			N	%
F32	F32	Депрессивный эпизод	29	29,9
	F32+F34.1	Сочетание депрессивного эпизода и дистимии	16	16,5
	F32+F45	Сочетание депрессивного эпизода и соматоформного расстройства	4	4,1
F33	F33	Рекуррентное депрессивное расстройство	34	35,1
F34.0	F34.0	Циклотимия	3	3,1
F34.1	F34.1	Дистимия	11	11,3
Всего:			97	100

стройства умеренной степени тяжести. У 14,4% (14 человек) диагностированы хронические аффективные расстройства: 11,3% (11 человек) – дистимия, 3,1% (3 человека) – циклотимия.

Обращает на себя внимание группа пациентов с двумя коморбидными формами депрессивных расстройств 16,5% (16 человек), у которых развитие депрессивного эпизода происходило на фоне хронического расстройства настроения (дистимии).

Пациенты жаловались на сниженное, подавленное настроение, угнетенность, тоску, чувство безрадостности, отсутствие удовольствия, сужение круга интересов, снижение активности, инициативы, отсутствие желания заниматься чем-либо, повышенную физическую и умственную утомляемость, трудности при выполнении обычной работы, поддержания свойственного им уровня взаимодействия с окружающими, трудности при общении, раздражительность, затруднения концентрации внимания, иногда заторможенность мыслительных процессов, трудности при принятии решений, неуверенность в своих силах, нарушения сна различного характера, нарушения аппетита. У некоторых пациентов при тщательном расспросе выявлялись антивитальные переживания и суицидальные мысли. Описанные расстройства чаще всего возникали после острых психотравмирующих ситуаций (например, разрыв с близкими, уход супруга (супруги) из семьи, тяжелая болезнь, смерть близких, значительные изменения образа жизни (смена работы, места жительства) или развивались на фоне длительно существующих

Таблица 28

Диагностическая характеристика обследованных пациентов с тревожными расстройствами

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты с тревожными расстройствами, N=90	
			N	%
F40.01	F40.01	Агорафобия с паническим расстройством	7	7,8
	F40.01+ F32	Сочетание агорафобии с паническим расстройством и депрессивного эпизода	5	5,6
F40.1	F40.1	Социальные фобии	9	10
	F40.1+F32	Сочетание социальной фобии и депрессивного эпизода	4	4,4
F41.0	F41.0	Паническое расстройство	6	6,7
	F41.0+F32	Сочетание панического расстройства и депрессивного эпизода	8	8,8
F41.1	F41.1	Генерализованное тревожное расстройство	4	4,4
	F41.1+F32	Сочетание генерализованного тревожного расстройства и депрессивного эпизода	7	7,8
F41.2	F41.2	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	24	26,7
	F41.2+F41.0	Сочетание смешанного тревожно-депрессивного расстройства и панического расстройства	7	7,8
F42	F42	Обсессивно-компульсивное расстройство	9	10
Всего:			90	100

субъективно тяжело переносимых психотравмирующих ситуаций (конфликты на работе, в семье, сложные межличностные отношения и др.).

Продолжительность заболевания в группе пациентов с аффективными расстройствами колебалась от 2 мес до 15 лет. Средняя продолжительность заболевания в этой группе – 3,5 г.

В группе больных с тревожными расстройствами значительную часть составили пациенты, страдающие смешанным тревожным и депрессивным расстройством (34,5% – 31 человек). В клинической картине у большой части пациентов отмечались симптомы тревоги и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являлись отчетливо доминирующими и выраженными настолько, чтобы соответствовать самостоятельному диагнозу.

Паническое расстройство было диагностировано у 15,5% обследованных (14 человек). Агорафобией страдали 13,4% (12 человек) пациентов, а

социальной фобией – 14,4% испытуемых (13 человек). У 12,2% испытуемых этой группы было диагностировано генерализованное тревожное расстройство (11 человек). Обсессивно-компульсивным расстройством страдали 10% – 9 человек. В описываемой группе пациентов 7 человек (7,8%) имели две коморбидных формы тревожных расстройств – смешанное тревожное и депрессивное расстройство и паническое расстройство.

Пациенты с тревожными расстройствами часто жаловались на повторяющиеся приступы тяжелой тревоги. Проявления тревоги были связаны с определенными ситуациями или объектами (например, транспорт или ситуации взаимодействия с другими людьми). Приступы тревоги, страха сопровождались поведением избегания. Эти переживания носили стойкий генерализованный характер, не были опосредованы какими-либо условиями и обстоятельствами, имели хроническое волнообразное течение. У пациентов описываемой группы в клинической картине большой удельный вес имели жалобы на слабость, утомляемость, непереносимость физических и умственных нагрузок, плохой сон, чувство соматического дискомфорта.

В группу пациентов с тревожными расстройствами были включены также пациенты с коморбидными депрессивными расстройствами в виде депрессивных эпизодов различной степени тяжести (29 человек – 32,2%). Основанием для включения этих пациентов в группу тревожных стало то, что депрессивные эпизоды развивались у них вторично на фоне течения тревожного расстройства, а также то, что их депрессивные переживания касались, в основном, ограничений, накладываемых на их жизнь тревожным расстройством.

Продолжительиость заболевания в группе больных тревожными расстройствами колебалась от 6 мес до 10 лет. Средняя продолжительность заболевания по этой группе – 4,1 г.

Кроме этого важно отметить, что как у пациентов с депрессивными расстройствами, так и у больных тревожными расстройствами диагностировались коморбидные расстройства личности.

Как видно из табл. 29, в группе больных с тревожными расстройствами коморбидные расстройства личности встречались чаще. Из общей выборки больных тревожными расстройствами 27,8% (25 человек) имели личностное расстройство. Среди пациентов с депрессивными расстройствами – только 14,4% (14 человек). В группе больных депрессивными расстройствами и коморбидными расстройствами личиости чаще всего встречались эмоционально неустойчивое расстройство

Таблица 29

Коморбидные расстройства зрелой личности

Код по МКБ-10	Диагноз	Пациенты с депрессивными расстройствами, N=97		Пациенты с тревожными расстройствами, N=90	
		N	%	N	%
F60	Коморбидные расстройства зрелой личности	14	14,4	25	27,8

личности (пограничный тип) – F60.31. Расстройство личности этого типа имела почти половина всех депрессивных с личностным расстройством. В этой группе больных также выявлялись истерическое (F60.4) и тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6). Спектр выявленных расстройств личности у пациентов с тревожными расстройствами шире, чем у больных аффективными расстройствами. Чаще всего у больных тревожными расстройствами диагностировались истерическое расстройство личности (F60.4), тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6), зависимое расстройство личности (F60.7).

Таким образом, в группе с аффективными расстройствами настроения преобладали пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством, депрессивными эпизодами различной степени тяжести, дистимией. Выделена группа больных с двумя коморбидными формами депрессивных расстройств (депрессивный эпизод, развившийся на фоне хронического расстройства настроения). В группе с тревожными расстройствами большую часть составили пациенты со смешанным тревожным и депрессивным расстройством, паническим расстройством, агорафобией, социальными фобиями. Как среди депрессивных, так и среди тревожных были пациенты с коморбидными расстройствами зрелой личности.

Как указывалось выше, основным критерием отбора групп испытуемых была клиническая оценка состояния пациента, проводимая врачом-психиатром. Для общей оценки выраженности психопатологической симптоматики использовался *Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL–90–R Дерогатис.*

Из данных, представленных в табл. 30, следует, что тревожные и депрессивные группы отличаются от нормы по всем показателям данного опросника *SCL–90–R*. По всем девяти подшкалам опросника, а также общему индексу выраженности психопатологической симптоматики, существуют различия на уровне высокой статистической значимости ($p < 0,001$).

Таблица 30

Средние значения показателей Опросника выраженности психопатологической симптоматики *SCL–90–R* у экспериментальных групп в сравнении с нормой

Показатели	*Депрессивные N=97, M(SD)*	*Тревожные N=90, M(SD)*	*Норма N=60, M(SD)*
Соматизация (*SOM*)	1,07(0,71)***	1,13(0,76)***	0,39(0,33)
Обсесс.-комп. нарушения (*OC*)	1,53(0,79)***	1,24(0,77)***	0,39 (0,30)
Интерперс.чувствительность (*INT*)	1,52(0,72)***	1,28(0,79)***	0,48(0,29)
Депрессия (*DEP*)	1,86(0,74)***	1,38(0,79)***	0,40(0,29)
Тревога (*ANX*)	1,34(0,73)***	1,48(0,87)***	0,33(0,26)
Враждебность/агрессивность (*HOS*)	1,35(0,60)***	1,09(0,67)***	0,38(0,39)
Фобическая тревога (*PHOB*)	0,98(0,72)***	1,06(0,74)***	0,14(0,20)
Паранояльное мышление (*PAR*)	1,27(0,69)***	1,04(0,67)***	0,33(0,32)
Психотизм (*PSY*)	1,12(0,66)***	0,92(0,67)***	0,17(0,27)
Индекс *GSI*	1,32(0,50)***	1,15(0,61)***	0,36(0,21)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Как оказалось, депрессивные по показателям шкалы *SCL–90–R* отличались не только от нормы, но и от тревожных (табл. 31). На уровне статистической значимости имеются различия не только по шкале *депрессия*, но и по другим шкалам: *обсессивно-компульсивные нарушения*, *враждебность/агрессивность*, *паранояльное мышление*. Имеется тенденция к различиям по шкалам *интерперсональная чувствительность* и *психотизм*. Важным показателем является индекс общей выраженности психопатологической симптоматики, по которому депрессивные пациенты также превосходят тревожных. Ниже приведены профили двух основных и контрольной групп испытуемых (*рис. 6*). Профили построены на основе данных, указанных в табл. 30 и 31.

Социодемографическая характеристика групп

Проводилось статистическое сравнение экспериментальных и контрольной групп по основным социодемографическим показателям: пол, возраст, образование. Обследованные группы испытуемых на статистическом уровне не различались по этим показателям.

Таблица 31

Средние значения показателей Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL–90–R у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами

Показатели	***Депрессивные N=97, M(SD)***	***Тревожные N=90, M(SD)***	***Уровень знвчимости p (Mann – Whitney test)***
Соматизация (SOM)	1,07 (0,71)	1,13 (0,76)	0,758
Обсессивно-компульсивные нарушения (OC)	1,53 (0,79)	1,24 (0,77)	0,017*
Интерперсо-нальная чувствительность (INT)	1,52 (0,72)	1,28 (0,79)	0,051 t
Депрессия (DEP)	1,86 (0,74)	1,38 (0,79)	0,000***
Тревога (ANX)	1,34 (0,73)	1,48 (0,87)	0,463
Враждебность/агрессивность (HOS)	1,35 (0,60)	1,09 (0,67)	0,014*
Фобическая тревога (PHOB)	0,98 (0,72)	1,06 (0,74)	0,528
Паранояльное мышление (PAR)	1,27 (0,69)	1,04 (0,67)	0,049*
Психотизм (PSY)	1,12 (0,66)	0,92 (0,67)	0,053 t
Индекс GSI	1,32 (0,50)	1,15 (0,61)	0, 042*

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

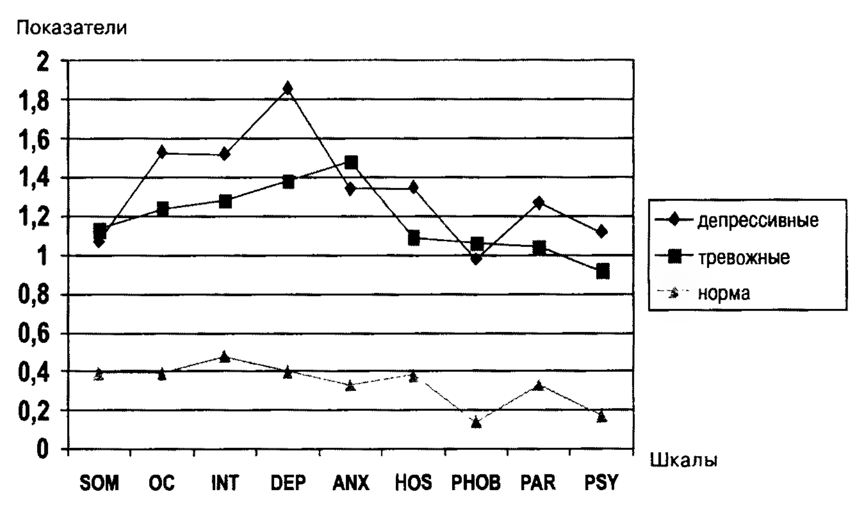


***Рис. 6.* Усредненные профили пациентов с депрессивными, тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL–90–R)**

Среди пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами преобладали женщины (87,6 и 76,7% соответственно). По возрасту большая часть испытуемых попадала в возрастную категорию от 21 до 40 лет (67 среди депрессивных и 68,8% среди тревожных). Больше половины испытуемых как с депрессивными, так и с тревожными расстройствами имели высшее образование. В группе пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами соотношение между работающими и неработающими на момент обследования было примерно одинаковым. В то время как в группе здоровых подавляющее большинство испытуемых работали. Во всех трех группах было примерно равное соотношение лиц, состоящих в браке. Группа нормы подбиралась с учетом социодемографических показателей основных групп (пол, возраст, образование).

Группа обследованных родителей пациентов включала 55 человек. Средний возраст обследованных родителей больных депрессивными расстройствами настроения (20 родителей – 15 семей) составил 45 лет. У родителей больных тревожными расстройствами (35 родителей – 26 семей) этот показатель равнялся 42 годам. В группе депрессивных неполные семьи составили 26,6% (4 семьи), а в группе тревожных – 19,2% (5 семей). Большинство родителей той и другой групп имели высшее образование и работали. Неработающие родители составили 20% (4 человека) среди родителей депрессивных и 28,5% (10 человек) среди родителей тревожных. В основном, это мамы. Была подобрана группа родителей здоровых испытуемых – 30 человек, сходная по основным социодемографическим показателям.

Гипотезы исследования

В соответствии с уровнями многофакторной модели расстройств аффективного спектра на основании анализа теоретических и эмпирических исследований и собственного опыта практической работы были сформулированы следующие *гипотезы*:

1. *Семейный уровень*: в семейных системах больных депрессивными и тревожными расстройствами нарушены *структура* (закрытые внешние границы, преобладают симбиозы или разобщенность,); *микродинамика* (индуцирование негативных эмоций сочетается с запретом на их открытое выражение, что способствует их накоплению при трудностях психологической переработки); *макродинамика* (накопление стрессогенных событий в трех поколениях семейной истории, таких как лишения, ранние смерти,

жестокое обращение); *идеология* (культ совершенства и социального успеха, недоверие к окружающим людям).

2. *Личностный уровень*: у больных депрессивными и тревожными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми больше выражены дисфункциональные личностные установки – их отличает высокий уровень перфекционизма, враждебности и запрета на выражение чувств
3. *Интерперсональный уровень*: у больных депрессивными и тревожными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми снижен уровень социальной поддержки и сужена социальная сеть.

Методики исследования

Для проверки сформулированных в работе гипотез были использованы методики, сгруппированные в блоки в соответствии с уровнями исследования. Ниже приводится краткое перечисление методик, их подробная характеристика дана в Гл. 5.2. Исследование факторов семейного уровня было наиболее сложно организовано, так как обследовались не только сами пациенты, но и их родители. Данные о родительской семье, полученные на основе обследования пациентов, верифицировались данными, полученными на основе обследования родителей.

1. *Семейный уровень*:

   две версии опросника *Семейные эмоциональные коммуникации* (*СЭК*) – для пациентов и для родителей; две версии структурированного интервью *Родительская критика и ожидания* (*РКО*) – для пациентов и для родителей; сочинение «Мой ребенок» – для родителей; структурированное интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории* – для пациентов; экспертные оценки структуры и динамики семейных систем пациентов психотерапевтами; опросники *Запрет на выражение чувств* (*ЗВЧ*), враждебности и перфекционизма – для родителей.
2. *Личностный уровень*:

   Опросники запрета на выражение чувств (*ЗВЧ*), *перфекционизма и враждебности.*
3. *Интерперсональный уровень*:

   Опросник социальной поддержки Зоммера, Фюдрика (*F-SOZU-22*); структурированное интервью *Московский интегративный опросник социальной сети*; *Тест на тип привязанности в интерперсональных отношениях Хезена, Шейвера.*

Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002.

Таким образом, подбор клинических и контрольных групп, а также комплекс исследовательских методик позволяют проверить основные гипотезы, касающиеся семейных, личностных и интерперсональных факторов депрессивных и тревожных расстройств.

7.2. Семейные факторы

Результаты исследования структуры, микродинамики и идеологии семейной системы

Опросник *Семейные эмоциональные коммуникации* (*СЭК*), надежность и валидность которого доказана в этом исследовании, позволяет провести тонкий анализ микродинамики и идеологии, а также некоторых параметров структуры семейной системы в соответствии с выдвинутыми гипотезами (выраженность коммуникаций, индуцирующих негативные эмоции и затрудняющих их переработку; культивирование ценностей успеха и совершенства, правила не доверять людям и демонстрировать внешнее благополучие, закрытые границы).

Опросник предъявлялся как самим пациентам, так и их родителям в несколько модифицированном виде. Приведем результаты исследования пациентов.

Согласно результатам обработки данных по Опроснику *СЭК* (табл. 32), родительские семьи пациентов с депрессивными расстройствами оказались более дисфункциональными, чем родительские семьи здоровых испытуемых. Между здоровыми и депрессивными имеются статистические различия по следующим шкалам: *родительская критика, индуцирование тревоги в семье, элиминация эмоций, стремление к внешнему благополучию, индуцирование недоверия к людям, семейный перфекционизм.* Также имеются статистические различия по общему показателю дисфункций в сфере семейных коммуникаций, отражающей микродинамику, идеологию и структуру семейной системы. В аспекте микродинамики можно говорить о коммуникациях, провоцирующих негативные эмоции и затрудняющих их переработку, в аспекте идеологии о правилах сдержанности, недоверия к людям и ценности благополучного фасада, в аспекте структуры о преимущественно закрытых границах такой системы.

Таблица 32

Характеристика родительской семьи больными депрессивными расстройствами и здоровыми (Опросник СЭК)

Шкалы опросника	Депрессивные N=97, M(SD)	Норма N=60, M(SD)	Уровень значимости p (Mann – Whitney test)
Родительская критика	9,2 (3,55)	6,5 (2,4)	0,000***
Индуцирование тревоги	11,1 (3,4)	9,3 (2,8)	0,002**
Элиминация эмоций	10,9 (4,0)	9,2 (3,4)	0,010*
Внешнее благополучие	5,6 (2,0)	4,9 (1,4)	0,031*
Фиксация на негативных переживаниях	4,6 (2,0)	4,2 (1,5)	0,566
Индуцирование недоверия к людям	2,8 (1,4)	2,1 (1,4)	0,004**
Семейный перфекционизм	3,7 (1,2)	3,2 (1,1)	0,017*
Общий показатель	49,9 (9,5)	40,3 (7,3)	0,000***

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p<0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Как видно из табл. 33, родительские семьи больных тревожными расстройствами отличались от нормы по меньшему числу факторов, чем больные с депрессией. Их отличает от нормы значимо более высокий уровень показателей индуцирования негативных эмоций: *родительской критики, индуцирования тревоги, индуцирования недоверия к людям*, а также общий балл семейных дисфункций.

Сравнение результатов Опросника *СЭК* у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами показало, что в семьях депрессивных значимо выше показатель критики со стороны родителей ($p = 0,039$, Mann – Whitney test), а также на уровне тенденции к значимости выше показатель элиминирования эмоций ($p = 0,086$, Mann – Whitney test).

Напомним, что шкала *родительской критики* оценивает наличие критики в адрес ребенка, когда он проявляет негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми.

Например, пациентка А., 21 год, (депрессивный эпизод средней степени – F32.1), проживающая в детстве в одном доме с очень известным хоккеистом – в то время своим сверстником, рассказывала, что ее отец постоянно сравнивал девочку с этим хоккеистом, и говорил: «У него вся комната в наградах, он одержал победу в стольких соревнованиях, а ты

Таблица 33

Характеристика родительской семьи больными тревожными расстройствами и здоровыми испытуемыми (Опросник СЭК)

Шкалы опросника	*Тревожные N=90, M(SD)*	*Норма N=60, M(SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Родительская критика	8,0 (3,4)	6,5 (2,4)	0,016*
Индуцирование тревоги	11,6 (3,2)	9,3 (2,8)	0,000**
Элиминация эмоций	10,0 (3,9)	9,2 (3,4)	0,267
Внешнее благополучие	5,2 (2,1)	4,9 (1,4)	0,381
Фиксация на негативных переживаниях	4,6 (2,1)	4,2 (1,5)	0,452
Индуцирование недоверия к людям	2,8 (1,6)	2,1 (1,4)	0,026*
Семейный перфекционизм	3,5 (1,4)	3,2 (1,1)	0,149
Общий показатель	47,7 (10,7)	40,3 (7,3)	0,000**

M – среднве значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p<0,05 (Mann – Whitney test), ** – при p<0,010 (Mann – Whitney test),
*** – при p < 0,001 (Mann – Whitney test).

кто? Чего добилась ты?». Важно сказать, что эта девочка всегда была отличницей.

Шкала *индуцирования тревоги* в семье оценивает фиксацию родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных неудачах. Шкала *элиминации эмоций* тестирует запрет на выражение эмоций, прежде всего, негативных. Шкала стремления к *внешнему благополучию* оценивает стремление семьи скрывать, лакировать, не видеть свои проблемы. Шкала *индуцирования недоверия к людям* оценивает возможность доверять чужим, т.е. степень открытости семьи в контактах с окружающими. Часто пациенты рассказывают о том, что родители говорили: «Никому ничего про себя не рассказывай. Люди узнают, посмеются. Будут пользоваться твоими слабостями». *Шкала семейного перфекционизма* отражает воспитание ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству.

Например, пациентка Б., (социальная фобия – F40.1), 24 г, вспоминая детские и подростковые годы, рассказывает, что отец заставлял ее все время посвящать математике. Отец говорил, что надо сделать не только все задания, которые задали в ФМШ, но в три раза больше. Будучи преподавателем в МГУ, он сам придумывал девочке задания, а если она не

справлялась, говорил: «Ну вот, я же говорил, ты ничего не знаешь и не можешь. А надо быть лучшей, иначе тебя все обгонят». Единственное, что могло спасти девочку от математики – это сон.

Полученные результаты показывают, что в родительских семьях пациентов с депрессивными расстройствами более выражены семейные дисфункции по сравнению с пациентами, страдающими тревожными расстройствами. Однако и показатель родительской критики, и общий показатель семейных дисфункций отличает тревожные расстройства от группы нормы на высоком уровне значимости. Для них, также как и для пациентов с депрессивными расстройствами, характерно индуцирование негативных эмоций в семье: высокий уровень родительской критики, индуцирование тревоги и недоверия к людям. Можно сделать вывод о сходных нарушениях в аспекте микродинамики, идеологии и структуры семейной системы, как в группе с депрессивными расстройствами, так и в группе с тревожными.

Корреляционный анализ выявил связи шкалы родительская критика, шкалы индуцирование недоверия к людям, а также других шкал опросника *СЭК* с выраженностью психопатологической симптоматики (показатели *SCL–90–R*) у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. Хотя в литературном обзоре исследований семейных факторов (см. Гл. 4.3) было показано, что данные о родительской семьи на основе ее репрезентации больными достаточно надежны, было необходимо доказать надежность Опросника *СЭК* в плане независимости его показателей от динамики психопатологической симптоматики у больных. В противном случае, можно предположить, что негативная картина семейных коммуникаций есть следствие депрессивного восприятия пациентами взаимоотношений в своей родительской семье. Данные об устойчивости показателей Опросника *СЭК* были получены при обследовании группы больных до и после медикаментозного лечения (проверка тест-ретестовой надежности диагностических инструментов), приводившего к значимому снижению выраженности показателей депрессии и тревоги по данным соответствующих опросников А. Бека.

Тем не менее, для верификации данных о коммуникативных дисфункциях в семье проводилось дополнительное исследование родителей пациентов. В нем данные исследования репрезентаций родительской семьи пациентами дополняются данными самоотчета родителей о своих коммуникациях с ребенком на основе модифицированной версии

Опросника СЭК для родителей. Родителям задавались все те же вопросы, но в ключе их поведения по отношению к ребенку (например, «Я часто испытывал недовольство ребенком», «Я часто находил повод для критики»). В родительской версии опросника мы сохранили восьмую подшкалу «сверхвключеность», которая при валидизации основной версии опросника для взрослых пациентов была исключена (показатель α-Кронбаха < 0,5). Эта подшкала отражает склонность родителей контролировать ребенка и решать за него возникающие проблемы.

Характеризуя свои коммуникации с ребенком при заполнении модифицированной версии *Опросника СЭК*, родители пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами чаще, чем родители здоровых, отмечали собственную склонность или склонность другого родителя к фиксации на негативных эмоциях, индуцировании недоверия к людям, сверхвключенности в дела взрослого ребенка, при этом в семье стараются избегать открытого выражения эмоций и очень заботятся о том, чтобы семья в глазах окружающих выглядела благополучной. Выраженная сверхвключенность родителей косвенно говорит о структурной дисфункции – тенденции к установлению симбиотических отношений с детьми. Именно по этим показателям родительская выборка пациентов значимо отличается от родителей здоровых. Родители пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами характеризуют свою семью примерно одинаково (между выборками нет статистически значимых различий и они отличаются от нормы по одинаковым показателям). Отметим, что родители не воспринимают себя как чрезмерно критичных и по фактору родительской критики значимых различий с группой здоровых не отмечается, что противоречит данным *Опросника СЭК* самих пациентов. Фактор родительской критики нуждался, таким образом, в дальнейшем исследовании.

В обзоре исследований семейных факторов расстройств аффективного спектра были приведены многочисленные данные, свидетельствующие о деструктивной роли высокого уровня родительской критики в возникновении и течении различных психических расстройств. Учитывая упомянутые выше противоречия данных *Опросника СЭК* в выборках пациентов и их родителей, мы уделили особое внимание фактору родительской критики и разработали специальное структурированное интервью для его детального изучения *Родительская критика и ожидания* (*РКО*). Это интервью проводилось с пациентами и их родителями. С его помощью проводилась дифференцированная оценка уров-

Таблица 34

Характеристика эмоциональных коммуникаций в родительской семье пациентов по сравнению со здоровыми испытуемыми (на основе самоотчета родителей; Опросник СЭК)

Шкалы опросника	*Все родители пациентов N=55, M(SD)*	*Родители депрессивных N=20, M(SD)*	*Родители тревожных N=35, M(SD)*	*Родители здоровых N=30, M (SD)*
Родительская критика	7,4 (2,4)	6,8 (2,1)	7,7 (2,5)	6,3 (2,2)
Индуцирование тревоги	11,5 (2,6)	11,4 (3,1)	11,6 (2,3)	9,0 (2,6)
Элиминация эмоций	8,9 (3,2)*	8,9 (2,9)*	9,0 (3,3)*	7,9 (3,0)
Внешнее благополучие	4,0 (1,6)*	3,9 (1,9)*	4,0 (1,3)*	3,5 (1,4)
Фиксация на негативных переживаниях	6,8(1,2)*	6,7 (1,2)*	6,9 (1,1)**	4,2 (1,5)
Индуцирование недоверия к людям	2,8 (1,1)*	2,9 (1,4)**	2,9 (1,2)**	2,0 (1,4)
Семейный перфекционизм	3,04 (1,4)	3,4 (0,7)	2,8 (1,6)	3,0 (0,9)
Сверхвключенность	1,4 (3,1)*	1,7 (3,2)**	1,3 (2,9)**	0,8 (0,6)
Общий показатель	43,7 (8,6)	43,4 (10,3)	43,9 (7,97)	40,2 (7,3)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p<0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,010$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

ня критики со стороны матери и со стороны отца. Пациентов просили оценить соотношение похвалы и критики в их адрес в процентах, а также конкретно указать, за что их хвалили или критиковали. При интервьюировании родителей им предлагалось сделать то же самое относительно себя самих, т.е. оценить соотношение собственной критики и похвалы в адрес ребенка, а также перечислить основные качества своего ребенка, вызывающие критику или похвалу с их стороны, и назвать желательные качества.

Приведем результаты исследования пациентов с помощью структурированного интервью *РКО*. Из табл. 35 видно, что пациенты отмечают меньше похвалы и больше критики в свой адрес, как со стороны матери, так и отца, чем группа нормы. Однако в группе больных тревожными расстройствами больше половины пациентов отмечают преобладание материнской похвалы над критикой (51,8%). Большинство депрессивных пациентов отмечает преобладание критики, как со стороны матери, так и отца. Данные результаты соотносятся с данными *Опросника СЭК* о значимо более высоком показателе родительской критики в группе пациентов с депрессивными расстройствами.

Таблица 35

Число больных и здоровых с разными вариантами соотношения родительской похвалы и критики (структурированное интервью РКО), в %

Показатели	*Депрессивные N=97*	*Тревожные N=90*	*Норма N=60*
Мать Похвала > критики	20	51,8	61,1
Мать Критика > похвалы	54	33,9	20,7
Мать Критика = похвала	22	12,5	17,2
Мать не участвует в воспитании	4	1,8	1,0
Отец Похвала > критики	10	24	37,9
Отец Критика > похвалы	24	26	6,9
Отец Критика = похвала	22	6	13,8
Отец не участвует в воспитании	44	44	41,4

Кроме этого, необходимо отметить, что во всех трех группах оказалось достаточно много испытуемых, чьи отцы не принимали участие в воспитании, а часто и в жизни семьи (более 40%). Испытуемые, чьи отцы умерли, составляли крайне незначительный процент от общей выборки. Описывая сложившуюся ситуацию, они чаще всего говорили о том, что не могут назвать, за что отец хвалил или критиковал их, так как чаще всего он был на работе, а дома молчал или говорил о хозяйственно-бытовых делах. Также достаточно часто встречается упоминание о том, что отец пил и был равнодушен к делам членов своей семьи. Такая позиция отца чаще встречается в семьях больных.

На основе качественного анализа ответов испытуемых можно сказать, что в группе тревожных поощрялись такие качества и поведение, как достижение успехов, а в группе депрессивных – послушание (данные получены с помощью метода экспертных оценок). Кроме простого подсчета процента испытуемых с различными соотношениями похвалы и критики проводилась статистическая обработка полученных данных – подсчитывались средний уровень похвалы и средний уровень критики (в %) по группам.

Таблица 36

Выраженность родительской похвалы и критики по самоотчетам пациентов с депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых (структурированное интервью РКО)

Показатели	***Депрессивные N=97, M(SD)***	***Норма N=60, M(SD)***	***Уровень значимости p (Mann – Whitney test)***
Мать – похвала	38,7 (22,1)	62,4 (22,7)	0,000***
Мать – критика	61,3 (23,6)	37,6 (20,8)	0,000***
Отец – похвала	40,0 (28,8)	64,3 (37,5)	0,003**
Отец – критика	60, (27,8)	35,7 (26,0)	0,003*

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p<0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test), t – при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

Сравнение группы пациентов с депрессивными расстройствами с группой нормы (табл. 36) подтверждает результаты, приведенные выше. Депрессивные получали со стороны матери значительно меньше поддержки и больше критики, чем группа нормы ($p < 0,001$), то же самое касается отца ($p < 0,003$). Таким образом, по данным структурированного интервью с пациентами оба родителя депрессивных пациентов были чрезмерно критичны и мало принимали своих детей. Это свидетельствует о высоком уровне семейного стресса у этих пациентов.

В табл. 37 представлены данные по тревожным расстройствам. Статистические различия при сравнении группы пациентов с тревожными расстройствами получены только для соотношения критики и похвалы со стороны отца. Результаты сравнения пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами представлены ниже (табл. 38).

Как видно из табл. 38, пациенты с депрессивными расстройствами по сравнению с тревожными отмечают значимо меньше поддержки и больше критики со стороны матери ($p < 00,1$). Статистически значимых различий в сравниваемых группах пациентов по показателям критика и похвала со стороны отца не обнаружено – у пациентов обеих групп значимо преобладает критика со стороны отца (см. табл. 36–38).

Таким образом, у пациентов с депрессивными расстройствами среднее соотношение процентов критики и похвалы со стороны матери и со стороны отца по группе примерно 60 к 40%. В группе здоровых эти цифры близки к противоположным. У пациентов с тревожными расстройствами матери в целом больше хвалят (56,5 к 43,5%), а отцы кри-

Таблица 37

Выраженность родительской похвалы и критики по самоотчетам пациентов тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (структурированиое интервью РКО для пациентов)

Показатели	*Тревожные N=90, M(SD)*	*Норма N=60, M(SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Мать – похвала	56,5 (27,9)	62,4 (22,7)	0,447
Мать – критика	43,5(27,2)	37,6 (20,8)	0,447
Отец – похвала	46,1 (30,6)	64,3 (37,5)	0,026*
Отец – критика	53,9 (33,5)	35,7(26,0)	0,026*

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test).

Таблица 38

Выраженность родительской похвалы и критики по самоотчетам пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами (структурированное интервью РКО для пациентов)

Показатели	*Депрессивные N=97, M(SD)*	*Тревожные N=90, M(SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Мать – похвала	38,7 (22,1)	56,5 (27,9)	0,002**
Мать – критика	61,3 (23,6)	43,5 (27,2)	0,002**
Отец – похвала	40,0 (28,8)	46,1 (30,6)	0,239
Отец – критика	60,0 (36,5)	53,9 (33,5)	0,239

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test).

тикуют своих детей (53,1 к 46,9%). Со слов пациентов примерно 44% отцов практически не участвуют в воспитании, а остальные выражают в адрес ребенка значительно больше критики, чем похвалы. Со стороны матерей пациенты с тревожными расстройствами получают в среднем больше поддержки, а пациенты с депрессивными расстройствами получают значимо больше критики. Таким образом, данные структурированного интервью *РКО* полностью корреспондируются с данными *Опросника СЭК* о значимых различиях между пациентами с депрессивными и тревожными расстройствами по показателю выраженности родительской критики. *Самоотчеты пациентов обнаружили, что по отношению к депрессивным пациентам чаще были критичны оба родителя, в то время как тревожные пациенты отмечают больше поддержки со стороны матери, а отца оценивают как чрезмерно критичного.*

Напомним, что обработка родительского варианта *Опросника СЭК* не выявила статистически значимых различий между родительскими выборками пациентов и нормы по шкале *родительская критика*, хотя средние значения по этой шкале выше, чем в норме. Выраженность родительской критики в семье исследовалась дополнительно с помощью *Структурированного интервью РКО* для родителей, которым предлагалось оценить самим соотношение похвалы и критики в адрес ребенка со своей стороны. Результаты этой оценки представлены в табл. 39. Они отражают субъективную оценку родителями качества своих коммуникаций с ребенком.

Анализ полученных данных позволяет говорить о том, что большая часть матерей во всех группах считали, что больше хвалили своих детей, чем критиковали их. Однако в группе родителей тревожных 38,1% матерей признают, что больше критиковали своих детей, чем хвалили. У отцов наблюдается обратная картина: большинство отцов как депрессивных, так и тревожных признаются в том, что чаще критиковали своих детей. Уровень критики со стороны отцов тревожных на статистическом уровне отличается от уровня критики со стороны отцов здоровых испытуемых ($p = 0{,}019$). В семьях здоровых испытуемых оба родителя чаще занимали поддерживающую позицию.

Таблица 39

Число родителей больных и здоровых с разными вариантами соотношения похвалы и критики в адрес ребенка (Структурированное интервью РКО для родителей), в %

Показатели	***Родители депрессивных, N=20***	***Родители тревожных, N=35***	***Родители здоровых, N=30***
Мать Похвала > критики	45,4	47,6	50,0
Мать Критика > похвала	27,3	38,1	33,3
Мать Похвала = критики	27,3	1 4,3	16,7
Отец Похвала > критики	14,2	20,0	66,7
Отец Критика > похвала	42,9	60,0*	33,3
Отец Похвала = критики	42,9	20,0	0

* – при $p < 0{,}050$ (Mann – Whitney test).

Итак, по самоотчету матерей больных, они больше хвалят, чем критикуют, а отцы оценивают свою позицию как преимущественно критическую. Напомним, что в ходе структурированного интервью с родителями задавались также вопросы: «Как вы можете охарактеризовать своего ребенка? Каким бы вы хотели его видеть?», также фиксировались все характеристики, спонтанно данные детям в ходе структурированного интервью. Анализ качеств, которые родители хотят видеть в ребенке, позволяет говорить об особенностях семейной идеологии. Данные родителями характеристики при обработке относились к положительным или отрицательным на основе экспертной оценки профессиональными психологами. Подсчитывался процент родителей с различным соотношением названных положительных «+» и отрицательных «–» характеристик ребенка. Почти у половины родителей пациентов отрицательные характеристики преобладают над положительными, в то время как подавляющее большинство родителей здоровых пациентов (93%) называют больше положительных качеств.

У большинства родителей депрессивных (56%) в характеристиках ребенка преобладают отрицательные качества. Напомним, что в родительской выборке преобладали матери, т.е., в большей мере это характеристики детей со слов матери. Полученные результаты противоречат самооценке матерей депрессивных, большинство из которых считает, что больше хвалили своих детей. Вероятно, можно говорить о расхождении субъективной оценки собственного поведения (говорят, что больше хвалят и поддерживают) и реального отношения к ребенку (дают больше негативных характеристик) со стороны матерей.

В качестве положительных качеств родители депрессивных чаще всего называют общечеловеческие ценностные качества (доброта, честность), интеллектуальные достижения (умение осваивать новое, целеустремленность, успехи в учебе), особенно ценят готовность помочь, ласковость, послушание. В качестве отрицательных характеристик чаще всего называются упрямство, неумение доводить дело до конца (добиваться намеченной цели), пассивность, скрытность (замкнутость). В качестве желаемых качеств родители называли целеустремленность, коммуникабельность, ответственность, уверенность в себе, жесткость, напористость. Обращает внимание противоречие между качествами, которые поощряются (послушание и ласковость с одной стороны, жесткость и напористость – с другой).

Родители пациентов с тревожными расстройствами чаще всего называли такие положительные качества, как доброта, любознательность, коммуникабельность, ответственность. Чаще всего они критиковали своих детей за лень (лидирует по числу упоминаний), упрямство, рассеянность, вспыльчивость. Родителям хотелось видеть своих детей достигшими успеха и высоких результатов (на первом месте по числу упоминаний), аккуратными, целеустремленными, трудолюбивыми, смелыми, уверенными в себе. Анализ указанных качеств позволяет говорить об особенностях семейной идеологии, которая, по оценкам экспертов ориентирована на достижения (целеустремленность, жесткость, напористость, достижение высоких результатов).

На основании данных *Опросника СЭК* и структурированного интервью *РКО*, проведенных как с пациентами, так и с их родителями, можно сделать общий вывод, что семьи пациентов с депрессивными расстройствами более дисфункциональны по сравнению с тревожными в аспектах микродинамики и идеологии семейной системы. Так, например, характерны рассогласования представлений у членов семьи депрессивных пациентов: их матери воспринимают себя весьма позитивно – как мало критичных по отношению к своим детям, что явно расходится с представлениями о них самих детей и их реальным поведением в ходе интервью, посвященном описанию ребенка.

Сочинение «Мой ребенок» было предложено родителям с целью сбора дополнительной информации об их позиции: степени критичности по отношению к ребенку (соотношение названных положительных и отрицательных качеств), способности видеть психологические стороны своего ребенка (общее число упомянутых психологических характеристик), степени эгоцентричности позиции (соотношение количества предложений о себе и о ребенке).

Родителям предлагалось написать сочинение в свободной форме за 10 мин. В отличие от родителей здоровых, родители пациентов часто отказывались от выполнения этой методики, мотивируя тем, что они не знают, что писать, что они последний раз писали сочинение в школе, или писали очень коротко и формально. Например, одна мама, чья дочь 23 лет страдает агорафобией с паническим расстройством, написала «Поведение ее часто бывает неадекватно, поэтому никакую характеристику дать не могу». Таким образом, из 55 обследованных родителей пациентов только 31 согласились на выполнение этой методики.

При обработке результатов учитывались следующие параметры: количество слов и предложений в сочинении, процент предложений (от общего числа предложений), относящихся к самим родителям (например, «Как отец, я очень люблю своего сына», «Жила-была я … и в один прекрасный момент мне … захотелось иметь ребенка»), процент предложений (от общего числа предложений), относящихся к ребенку, количество положительных и отрицательных характеристик ребенка, общее число психологических характеристик личности ребенка, количество упомянутых фактов биографии ребенка (например, «Родился в 1973 г.», «В 1986 г. пошла в первый класс и музыкальную школу»).

Данные по результатам *Сочинений «Мой ребенок»*, написанных родителями больных депрессивными и тревожными расстройствами и родителями здоровых испытуемых приведены в табл. 40.

Сочинения обследованных групп родителей отличаются тем, что родители пациентов больше пишут о себе и меньше – о ребенке, они приводят больше фактов из жизни ребенка (формальная информация), меньше сведений о нем, как о человеке, о его личностных особенностях и реже называют его положительные качества, что согласуется с данными предшествующих методик. Они также более формально говорят о своем ребенке и занимают более эгоцентрическую позицию, т.е. чаще, чем родители здоровых, говорят о себе.

Результаты, полученные при обработке выше указанных методик, соотносятся с экспертной оценкой нарушений семейной структуры и ди-

Таблица 40

Характеристика детей, данная родителями пациентов и здоровых в Сочинении «Мой ребенок»

Показатели	*Все родители пациентов, N=31, M(SD)*	*Родители здоровых N=30, M (SD)*
Количество слов в сочинении	94,1 (35,9)	82,5 (41,3)
Количество предложений в сочинении	12,1 (5,6)	9,7 (4,4)
% предложений о родителе	35,2*** (28,8)	10,6 (13,5)
% предложений о ребенке	62,9*** (29,0)	89,5 (13,4)
Количествоо «+» характеристик ребенка	2,9 (2,0)	8,0 (5,0)
Количество «–» характеристик ребенка	2,7 (2,7)	2,6 (2,1)
Количество психологических характеристик ребенка	5,1*** (1,0)	11,0 (6,5)
Факты биографии ребенка	4,5*** (4,0)	1,0 (1,0)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
*** – при $p < 0,001$(Mann – Whitney test).

намики в группах тревожных и депрессивных пациентов, проходивших психотерапию. Применение экспертной оценки стало возможным благодаря тому, что большая часть больных находилась на комбинированном лечении, включавшим в себя медикаментозное лечение и интегративно ориентированную психотерапию. Психотерапевты обследованных больных оценивали родительские и актуальные семьи пациентов по ряду показателей представленных в табл.41.

Здесь представлены данные по родительским семьям пациентов. В группе пациентов с тревожными расстройствами преобладают родительские семьи с симбиотическими связями (40,3%) и нарушенной иерархией (38,7%). Также достаточно часто встречается разобщенность (33,9%). О нарушение иерархии в семье свидетельствует неравномерное распределение власти, доходящее до тирании со стороны одного из членов семьи, либо инверсия иерархии, когда представитель младшего поколения семьи (ребенок) обладает значительно большей властью, чем один из родителей. Симбиотическими принято считать такие отношения, при которых устанавливаются неоправданно близкие отношения слияния между членами семьи в ущерб их автономии, что может выражаться в отсутствии собственных интересов, в невозможности самостоятельно сделать что-то без отчета и контроля. Такие отношения могут быть между матерью и дочерью или между бабушкой и внуком. Приведем пример симбиотических отношений.

Пациентка В. 28 лет, страдает агорафобией с паническим расстройством (F40.01). Она проживает с матерью в трехкомнатной квартире. При этом пациентка на протяжении многих лет спит с матерью в одной пастели, объясняя это невозможностью перестановок мебели в квартире. Эта пациентка работает с матерью, вместе ходит на работу и с работы, а также за покупками, считая, что мать лучше знает, что купить и т.д.

Таблица 41

Нарушения семейной структуры и динамики в родительских семьях больных (по данным экспертной оценки психотерапевтов), в %

Показатели	*Депрессивные, N=60*	*Тревожные, N=65*
Симбиотические отношения в семье	29,6	40,3
Разобщенность в семье	33,3	33,9
Нарушения иерархии	24,1	38,7
Хронические конфликты	31,5	35,5

Симбиотические отношения чаще встречаются в семьях пациентов с тревожными расстройствами. Также в родительских семьях тревожных часто встречаются разобщенность, нарушения иерархии и хронические конфликты (на протяжении ряда лет). Разобщенность характеризуется нарушениями связей между членами семьи. Члены такой семьи часто ничего не знают друг про друга, не могут рассчитывать на поддержку от семьи в трудных ситуациях.

Например, пациент Т., 26 лет, (генерализованное тревожное расстройство F41.1), заканчивает аспирантуру в престижном вузе, живет с женой, тоже аспиранткой этого вуза, в Москве, родители и младшая сестра живут в Подмосковье. Родители изначально не одобрили его брак. Каждый раз при встрече указывают на его неудачный выбор спутницы жизни и сравнивают его с младшей сестрой, иа их взгляд, и более умной и более успешной (сравнение с младшей сестрой было всегда). Когда родители приглашают Т. в гости, просят приехать без жены. Т. старается реже бывать у родителей, меньше рассказывать о себе. Например, родители не знают, где он сейчас живет, ничего не знают о его проблемах со здоровьем и финансовых трудностях.

Подобные случаи не единичны, о чем свидетельствует приведенная выше таблица с оценками экспертов – психотерапевтов. Однако информацию такого рода чаще всего можно получить не при заполнении опросников, а только после установления доверительных отношений в ходе психотерапии.

Таким образом, по экспертной оценке специалистов, в родительских семьях пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами выражены дисфункции структуры и динамики семейной системы в виде симбиозов, разобщенности, нарушений иерархии, хронических конфликтов. Особенно часто в подобных семьях встречались симбиозы и нарушения иерархии. При более детальном анализе протоколов было обнаружено, что симбиотические отношения складывались чаще всего с матерью.

Результаты исследования макродинамики семейной системы

Исследование макродинамики осуществлялось с помощью структурированного интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории*, которое проводилось только с самими пациентами. Как уже отмечалось, эта шкала была разработана нами совместно с Н.Г. Гаранян на основе имеющихся шкал семейного стресса и собственного многолетнего опыта психотерапевтической работы с больными указанных

групп с помощью метода генограммы, который позволил выявить наиболее часто встречающиеся, типичные события в семейной истории больных. Шкала включает одиннадцать показателей: характеристика стрессогенности жизни своих родителей и других родственников (в таблицах дано название *тяжелая жизнь*); наличие ранних смертей в семейной истории; разводы, неполные семьи, тяжелые болезни и несчастные случаи, происходившие с испытуемыми или их родственниками; наличие членов семьи, пострадавших от войн и репрессий; непосредственное присутствие испытуемого при тяжелом заболевании или смерти кого-либо из родственников; алкоголизация членов семьи; жестокое обращение; драки.

Необходимо пояснить некоторые показатели. Показатель *тяжелая жизнь* отмечался в тех случаях, когда испытуемые рассказывали о трудных событиях в жизни родителей и других родственников, как, например, крайне бедное материальное положение, очень ранний выход на тяжелую работу, воспитание в детском доме одного из родителей, неполные многодетные семьи и т.д. Так одна пациентка рассказывала, что ее мать была предпоследним ребенком в семье, где бабушка после убийства отца одна воспитывала семерых детей, и постоянно не хватало самой простой еды и одежды.

Показатель *жестокое обращение* отмечался в тех случаях, когда испытуемые рассказывали о регулярных побоях и унижениях в свой адрес или кого-нибудь из ближайших родственников со стороны родителей или других родственников обычно старшего поколения. Например, пациент рассказывает как пьяный отец, дед могли побить, выгнать семью из дома, а один из детей должен был идти уговаривать и успокаивать разбушевавшегося родителя. Показатель *драки* также отмечался при их регулярности повторения. Например, регулярно дрались отец и мать испытуемого или его брат и отец и т.д.

Обработка шкалы стрессогенных событий проводилась двумя способами: по факту наличия стрессогенного события и по количеству пострадавших членов семьи. Эти показатели подсчитывались отдельно для расширенной (три поколения семьи – обычно это семья испытуемого, его родители, его братья/сестры, дедушки/бабушки, тети/дяди) и нуклеарной семьи (актуальная семья испытуемого и семья, в которой он вырос – родители, братья/сестры). Здесь мы приведем данные только для нуклеарных семей (табл. 42).

Таблица 42

Сравнительная характеристика частоты встречаемости стрессогенных событий в нуклеарных семьях пациентов с депрессивными расстройствами и в группе нормы (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Стрессогенное событие	*Депрессивные N=97, M(SD)*	*Норма N=60, M(SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
Тяжелая жизнь	0,87 (0,34)	0,60 (0,50)	0,004**
Ранние смерти	0,30 (0,46)	0,17 (0,39)	0,309
Тяжелые болезни	0,63 (0,49)	0,30 (0,47)	0,005**
Разводы	0,53 (0,50)	0,43 (0,50)	0,321
Несчастные случаи	0,34 (0,48)	0,17 (0,38)	0,176
Неполные семьи	0,21 (0,41)	0,03 (0,18)	0,042 *
Жертвы войн и репрессий	0,09 (0,29)	0,04 (0,19)	0,526
Присутствие при болезни или смерти родственника	0,40 (0,49)	0,23 (0,43)	0,100 t
Алкоголизм	0,54 (0,50)	0,33 (0,48)	0,087 t
Жестокое обращение	0,46 (0,50)	0,17 (0,38)	0,007**
Драки	0,40 (0,49)	0,07 (0,25)	0,001***

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0{,}05$ (Chi-square test), ** – при $p < 0{,}01$(Chi-square test),
*** – при $p < 0{,}001$(Chi-square test), t – при $p < 0{,}1$ (Chi-square test).

Анализ частоты встречаемости того или иного события в группах больных депрессивными расстройствами и здоровых показывает, что почти в каждой семье больных кто-то из родителей пострадал от тяжелых лишений (87% семей), в то время как в группе здоровых это обстоятельство имело место несколько больше, чем в половине случаев (60% семей). Тяжелые болезни встречались в группе больных в два раза чаще по сравнению со здоровыми (63 семей и 30% соответственно), кто-либо из членов семьи чаще проживал в неполных семьях (21 и 3% соответственно), почти половина пациентов (в два раза больше по сравнению со здоровыми) присутствовали при тяжелой болезни или смерти родственника в своей нуклеарной семье (40 и 23% соответственно), были свидетелями или жертвами жестокого обращения (46 против 17% у здоровых) и драк (40 против 7% в норме), причем по двум последним показателям различия с нормой достигают высокой статистической значимости ($p < 0{,}01$ и $p < 0{,}001$ соответственно). Более чем у половины семей имела место алкоголизация кого-то из близких родственников (54 против 33% у здоровых, различия с нормой на уровне тенденции).

При подсчете числа родственников, пострадавших от того или иного события различия между семьями больных и здоровых становятся еще более выраженными.

Важно отметить, что при подсчете показателя *тяжелая жизнь* для нуклеарной семьи учитывались жизненные обстоятельство родителей больных. Значения этого показателя свидетельствуют о том, что практически у каждого больного был хотя бы один родитель, пострадавший от каких-то тяжелых лишений, чаще страдали оба родителя. У пациентов, страдающих депрессивными расстройствами чаще, чем у здоровых испытуемых тяжело болели и алкоголизировались ближайшие родственники. По показателю *присутствие при тяжелой болезни или смерти родственника* подсчитывалось, сколько раз самому пациенту приходилось быть свидетелем тяжелых болезней и смерти (речь идет о соматических болезнях, чаще всего онкологических) у членов

Таблица 43

Число пострадавших от стрессогеиных событий в нуклеарной семье больных депрессивными расстройствами и в группе нормы (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Среднее число пострадавших родственников по группе	Депрессивные N=97, M(SD)	Нормв N=60, M(SD)	Уровень значмности p (Chi-square test)
От лишений	1,67 (0,75)	0,71 (0,51)	0,000***
Рано умерших	0,39 (0,56)	0,33 (0,66)	0,430
Имевших тяжелые болезни	1,07 (1,11)	0,50 (0,73)	0,013*
Переживших развод	0,73 (0,88)	0,63 (0,89)	0,329
Имевших несчастные случаи	0,59 (1,17)	0,23 (0,43)	0,407
Имевших неполные семьи	0,26 (0,37)	0,13 (0,35)	0,612
Жертв войн и репрессий	0,11 (0,21)	0,07 (0,25)	0,617
Родственников, при болезни (смерти) которых присутствовал испытуемый	0,63 (0,80)	0,30 (0,47)	0,040*
Алкоголизирующихся	0,73 (0,80)	0,37 (0,56)	0,035*
Жертв жестокого обращения	0,55 (0,71)	0,17 (0,38)	0,003**
Жертв физического насилия	0,46 (0,63)	0,10 (0,31)	0,002**
Психически больных	0,13 (0,33)	0,03 (0,18)	0,134
Совершивших суициды	0,04 (0,19)	0,00 (0,00)	0,271

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Chi-square test), ** – при $p < 0,01$ (Chi-square test),
*** – при $p < 0,001$ (Chi-square test), t – при $p < 0,1$ (Chi-square test)

нуклеарной семьи, т.е. ближайших родственников. По показателям *жестокое обращение* и *драки* подсчитывалось число жертв насилия (жестокого обращения и побоев) в нуклеарной семье, включая самого пациента. Из табл. 43 видно, что пациенты чаще оказывались в ситуации, когда они должны были ухаживать за тяжело больными, присутствовать при их смерти, чаще были свидетелями драк и жестокого обращения или сами являлись объектом жестокого обращения. По числу психических заболеваний и суицидов в нуклеарной семье различий с нормой не отмечается.

Подсчитывались также данные о расширенной семье больных депрессивными расстройствами. Было установлено, что все описанные тенденции для нуклеарных семей сохраняются для расширенных. Однако в расширенной семье выявилось одно новое отличие: число страдающих или страдавших психическими заболеваниями отличается от такового в группе здоровых на уровне тенденции к статистической значимости. Оценка числа пострадавших от лишений (здесь помимо родителей учитывались дедушки и бабушки) в расширенной семье депрессивных позволяет говорить о том, что у депрессивных по сравнению со здоровыми больше родственников, чью жизнь можно охарактеризовать как тяжелую. Также значимо большее число родственников болело тяжелыми соматическими заболеваниями (больными чаще всего упоминаются онкологические заболевания). В расширенных семьях депрессивных отмечается значимо больше (на высоком уровне статистической значимости), чем в норме, членов семьи, которые были свидетелями регулярных драк и фактов жестокого обращения. Это, очевидно, связано с тем, что большее число родственников страдало от алкоголизма. Иногда можно говорить о семейном сценарии: пил дедушка, пили отец или мать, дядья или тетки, а в настоящее время пьет муж пациентки. Также на уровне тенденции к значимости чаще по сравнению со здоровыми пациенту приходилось присутствовать при болезни или смерти родственника из расширенной семьи (например, бабушки или дедушки, тети или дяди).

Таким образом, у депрессивных больше, чем в норме, стрессогенных событий как в расширенных, так и в нуклеарных семьях. Значимыми оказались показатели *тяжелая жизнь родителей, тяжелые болезни, драки, жестокое обращение*. Как в расширенных, так и в нуклеарных семьях депрессивных пациентов больше, чем в группе здоровых, алкоголизирующихся родственников. Пациенты с депрессивными

Таблица 44

Сравнительная характеристика частоты встречаемости стрессогенных событий в нуклеарной семье пациентов с тревожными расстройствами и в группе нормы (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Стрессогенное событие	Тревожные N=90, M(SD)	Норма N=60, M(SD)	Уровень значимости p (Chi-square test)
Тяжелая жизнь	0,75 (0,44)	0,60 (0,50)	0,156
Ранние смерти	0,27 (0,45)	0,17 (0,39)	0,478
Тяжелые болезни	0,54 (0,50)	0,30 (0,47)	0,056 t
Разводы	0,56 (0,49)	0,43 (0,50)	0,249
Несчастные случаи	0,28 (0,45)	0,17 (0,38)	0,449
Неполные семьи	0,21 (0,41)	0,03 (0,18)	0,039 *
Жертвы войн и репрессий	0,15 (0,36)	0,04 (0,19)	0,173
Присутствие при болезни или смерти родственника	0,44 (0,50)	0,23 0,43)	0,053 t
Алкоголизм	0,49 (0,51)	0,33 (0,48)	0,216
Жестокое обращение	0,51 (0,50)	0,17 (0,38)	0,003**
Драки	0,39 (0,49)	0,07 (0,25)	0,002**

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p < 0,05 (Chi-square test), ** – при p < 0,01 (Chi-square test),
*** – при p < 0,001 (Chi-square test), t – при p < 0,1 (Chi-square test).

расстройствами чаще присутствовали при тяжелой болезни или смерти ближайшего родственника.

Аналогичным образом производилась обработка шкалы стрессогенных событий для группы тревожных (табл. 49).

Тенденция, наметившаяся при анализе частоты встречаемости того или иного стрессогенного события в группах больных и здоровых, сохраняется при подсчете числа родственников, пострадавших от того или иного срессогенного события, в нуклеарных семьях пациентов с тревожными расстройствами. Родители значимо чаще страдали от лишений (зачастую оба родителя). Большее число ближайших родственников, включая самого больного, становились объектом насилия и драк. Кроме этого, у пациентов с тревожными расстройствами по сравнению со здоровыми больше родственников, за которыми они ухаживали во время их болезни или при чьей-то смерти присутствовали, а также (на уровне тенденции) по сравнению со здоровыми было больше пострадавших от войн или репрессий.

Таблица 45

Число пострадавших от стрессогенных событий в нуклеарной семье больных тревожными расстройствами и у здоровых испытуемых (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Среднее число пострадавших родственников по группе	*Тревожные N=90, M(SD)*	*Норма N=60, M(SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
От лишений	1,60 (0,80)	0,63 (0,51)	0,001**
Рано умерших	0,42 (0,80)	0,33 (0,66)	0,727
Имевших тяжелые болезни	0,84 (1,01)	0,50 (0,73)	0,122
Переживших развод	0,68 (0,63)	0,63 (0,89)	0,182
Имевших несчастные случаи	0,40 (0,59)	0,23 (0,43)	0,237
Имевших неполные семьи	0,23 (0,42)	0,13 (0,35)	0,215
Жертв войн и репрессий	0,26 (0,58)	0,07 (0,25)	0,078 t
Родственников, при болезни (смерти) которых присутствовал испытуемый	0,84 (0,79)	0,30 (0,47)	0,001**
Алкоголизирующихся	0,67 (0,80)	0,37 (0,56)	0,079 t
Жертв жестокого обращения	0,61 (0,59)	0,17 (0,38)	0,000***
Жертв физического насилия	0,49 (0,57)	0,10 (0,31)	0,000***
Психически больных	0,05 (0,23)	0,03 (0,18)	0,622
Совершивших суициды	0,02 (0,13)	0,00 (0,00)	0,447

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
** – при $p < 0,01$ (Chi-square test), *** – при $p < 0,001$ (Chi-square test),
t – при $p < 0,1$ (Chi-square test).

В расширенной семье тревожных большее число родственников, чью жизнь можно назвать тяжелой, а также страдавших тяжелыми болезнями (не психическими), и подвергавшихся жестокому обращению и физическому насилию.

Таким образом, для семей пациентов с тревожными расстройствами характерными оказались факты жестокого обращения и драк, как в расширенной, так и в нуклеарной семье. У них больше, чем в норме, близких и дальних родственников, чья жизнь может быть названа тяжелой. В их расширенных семьях больше родственников страдали тяжелыми соматическими заболеваниями. Сами больные чаще, чем здоровые присутствовали при тяжелой болезни или смерти своих ближайших родственников.

Подводя общий итог по результатам данной методики, следует отметить, что жестокое обращение и драки в семье являются важными

показателями, которые отличают расширенные и нуклеарные семьи больных обеих групп от семей здоровых. Тяжелыми лишениями отмечена жизнь родителей многих пациентов обеих групп, их родственники чаще страдали от тяжелых соматических заболеваний, особенно онкологических. Среди пациентов обеих групп многим приходилось ухаживать за тяжело больными родственниками или присутствовать при их смерти. Группу пациентов с депрессивными расстройствами отличает большее число стрессогенных событий. Как в расширенной, так и в нуклеарной семье у них значимо больше, чем в норме родственников, страдавших от алкоголизма; в расширенной семье на уровне тенденции чаще, по сравнению со здоровыми, имели место случаи психических расстройств.

Опираясь на совокупность результатов по всем представленным методикам можно сделать вывод, что пациенты обследованной группы с депрессивными расстройствами выросли и живут в настоящее время в более дисфункциональных семьях, по сравнению не только со здоровыми испытуемыми, но и по сравнению с больными тревожными расстройствами.

Проведенный корреляционный анализ показал, что показатель стрессогенности жизни в виде среднего числа пострадавших в нуклеарной семье в обеих группах пациентов статистически значимо связан как с показателями выраженности психопатологической симптоматики опросника *SCL-90-R* Дерогатис, так и с показателями семейных дисфункций микродинамики и идеологии *Опросника СЭК.*

Результаты исследования идеологии семейной системы

Идеология семейной системы во многом определяется установками и убеждениями родителей, поэтому исследование этих убеждений стало отдельной задачей исследования. Была выдвинута гипотеза о более высоком запрете на выражение чувств, а также большей выраженности перфекционизма и враждебности у родителей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами по сравнению с родителями здоровых испытуемых.

У обследованных родителей больных средние значения запрета на проявление чувств выше, чем в норме, по всем показателям. На статистическом уровне у родителей депрессивных и тревожных выше запрет на проявление печали и гнева (у депрессивных – на уровне тенденции). Обращает на себя внимание, что у родителей депрессивных также отмечен высокий уровень запрета на выражение радости (табл. 46).

Таким образом, у родителей больных, как депрессивных, так и тревожных, более выражены запреты на проявление эмоций. Учитывая особенности функционирования семейной системы, можно говорить о том, что родительские установки на сдержанность в проявлении чувств являются общими семейными правилами и во многом определяют идеологию семейной системы.

Идеология семейной системы во многом определяется представлениями родителей о других людях. Эти представления также трансформируются в семейные правила и нормы поведения по отношению к окружающим людям в плане возможности доверять им, устанавливать близкие отношения, просить о поддержке в случае такой необходимости. Представления родителей о других людях тестирует *Опросник враждебности* (см. подробнее Гл. 5.2).

Общая выборка родителей больных отличается от родителей здоровых по всем показателям опросника. Для родителей депрессивных характерно восприятие людей, как презирающих слабость, а также холодных и равнодушных. Родители тревожных чаще воспринимают людей как злорадных, завистливых, склонных возвышаться за счет принижения других людей, а также презирающих слабость (табл. 47).

При проведении корреляционного анализа (коэффициент корреляции Спирмена) выявляется связь показателя *индуцирование недоверия к людям* (*Опросник СЭК* для родительской выборки) с видением других, как злорадных (*Опросник враждебности*) ($r = 0,336$ при $p = 0,016$),

Таблица 46

Выраженность запрета на выражение чувств у родителей пациентов по сравнению с родителями здоровых (Опросник *ЗВЧ*)

Запреты на чувства	*Все родители пациентов N=55, M(SD)*	*Родители депрессивных N=20, M(SD)*	*Родители тревожных N=35, M(SD)*	*Родители здоровых N=30, M (SD)*
Запрет на печаль	78,6(30,6)*	80,6(30,4)*	77,4(31,2)*	55,6(20,5)
Запрет на радость	70,4(40,7)	83,3(29,7)*	62,9(44,7)	52,5(28,5)
Запрет на страх	68,4(30,1)	66,7(24,3)	69,4(33,4)	61,9(31,7)
Запрет на гнев	87,8(21,7)*	86,9(21,4) t	87,1(22,2)*	76,9(30,3)
Средний индекс запрета	76,9(19,2)*	79,9(15,5)*	74,2(21,1)*	60,2(24,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test),
t – при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

Таблица 47

Выраженность враждебных установок по отношению к окружающим у родителей больных и здоровых испытуемых (Опросник враждебности)

Восприятие других как	**Все родители пациентов N=55, M(SD)**	**Родители депрессивных N=20, M(SD)**	**Родители тревожных N=35, M(SD)**	**Родители здоровых N=30, M (SD)**
Злорадных	31,5(17,4)*	30,7(17,3)	31,9(17,8)*	26,9(16,9)
Презирающих слабость	52,6(16,0)*	54,5(16,3)*	51,6(15,9)*	47,7(19,6)
Холодных и равнодушных	49,6(17,0)*	52,1(17,2)*	48,2(17,1)	46,1(13,0)
Общий индекс враждебности	46,9(13,2)	47,8(14,3)**	46,4(13,0)**	41,3(12,3)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0{,}05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0{,}01$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0{,}001$ (Mann – Whitney test).

что подтверждает нашу гипотезу о связи родительских установок с идеологией, внушаемой детям. Также имеется корреляционная связь между показателем *родительской критики* (*Опросник СЭК*, родительская выборка) и восприятием других как презирающих слабость (*Опросник враждебности*) ($r = 0{,}341$ при $p = 0{,}016$).

Таким образом, для родителей больных характерны негативные представления об окружающих. Это соотносится с выявленным ранее фактором индуцирования недоверия к людям, что подтверждается данными корреляционного анализа. Правило «не доверять окружающим», очевидно, является одной из важных характеристик идеологии семейной системы.

Следующая гипотеза связана с доминированием перфекционистских установок у родителей, что должно находить выражение в идеологии семейной системы в виде перфекционистских стандартов деятельности и завышенных требованиях к ребенку, неумении замечать и оценивать маленькие успехи и поощрять за них ребенка, ориентации на полюс самых успешных.

Родители пациентов были более склонны (по сравнению с родителями здоровых) ориентироваться в деятельности на самые высокие стандарты, сравнивать себя с другими, самыми успешными, людьми. В сравнении с родителями здоровых испытуемых, для них оказалась характерной большая сосредоточенность на неудачах и ошибках, они были склонны игнорировать собственные удачи и достижения, склонны да-

Таблица 48

Структура перфекционистских установок у родителей больных и здоровых испытуемых (Опросник перфекционизма)

Шкалы	*Все родители пациентов N=55, M(SD)*	*Родители депрессивных N=20, M(SD)*	*Родители тревожных N=35, M(SD)*	*Родители здоровых N=30, M(SD)*
Страх несоответствия ожиданиям других	11,4 (5,6)	13,7 (6,5)	10,1 (5,6)	10,1 (5,2)
Завышенные притязания и требования к себе	10,3 (3,2)	11,3 (2,9)	10,2 (3,3)	10,5 (4,2)
Высокие стандарты деятельности	9,9* (3,4)	10,8* (3,9)	9,8 (3,5)	9,2 (3,6)
Негативное селектирование	5,1* (2,8)	6,6* (3,2)	5,1 t (2,8)	4,7 (2,6)
Поляризованное мышление	8,3* (3,5)	8,9* (3,2)	8,3* (3,5)	7,2 (3,0)
Контроль (совершенное владение собой)	3,8 (1,6)	4,5 (1,4)	3,8 (1,7)	3,8 (1,9)
Общий балл	48,6 (15,7)	52,4 t (17,9)	48,1 (16,1)	48,3 (13,8)

M – среднее значение t, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

вать полярную оценку собственной жизни и деятельности (все или ничего, если не справился блестяще, то вообще не справился) (табл. 48).

Кроме этого у родителей депрессивных на уровне тенденции выше, чем в норме, общий показатель перфекционизма. Родители тревожных отличаются от родителей нормы только по показателю *поляризованное мышление*, у них также выявлена тенденция к негативному селектированию. Данные о более высоком уровне перфекционизма у родителей пациентов с депрессивными расстройствами согласуется с данными *Опросника СЭК* (основная версия для пациентов), где по шкале семейного перфекционизма были получены значимые различия с нормой.

Выявлены значимые корреляционные связи между показателями выраженности перфекционизма у родителей и показателями семейных дисфункций, полученных на основе самоотчетов родителей (*Опросник СЭК* и *Опросник перфекционизма* в родительской выборке). Общий показатель семейных дисфункций и шкала родительской критики коррелируют практически со всеми шкалами перфекционизма, показатель *семейного перфекционизма* обнаружил высокую и достоверную корреляцию с показателем *высокие стандарты деятельности* (r = 467, p = 0,005,

Spearman's rho). *Можно сделать вывод, что чем выше родительский перфекционизм, тем более высок уровень родительской критики и общая выраженность семейных дисфункций.*

Таким образом, установки родителей в виде враждебной картины окружающего мира, высоких стандартов деятельности в сочетании со склонностью к поляризованному мышлению и негативному селектированию прямо связаны с выраженностью семейных дисфункций. Можно утверждать, что они способствуют установлению дисфункциональных правил и ценностей в семье: недоверие окружающим людям, поддержание внешнего благополучного фасада и культ успеха при обесценивании небольших достижений.

Сравнительный анализ репрезентаций родительской семьи пациентов с депрессивными расстройствами эндогенной и психогенной природы (МКБ-9)

В литературе и научном сообществе ведется дискуссия о надежности психологических исследований больных депрессивными расстройствами без учета эндогенной/психогенной природы их заболевания. Такие исследования часто критикуются сторонниками традиционного подхода к аффективным расстройствам с разделением их на эндогенные и психогенные. В связи с тем, что эта проблема до настоящего времени остается нерешенной, а также для проверки надежности полученных выше результатов обследованные пациенты были поделены на основании критериев МКБ-9 на группу пациентов с эндогенными аффективными расстройствами настроения и – с психогенными депрессиями.

Патопсихологическая оценка и диагностическая квалификация состояния пациентов осуществлялась ведущим научным сотрудником МНИИ психиатрии Т.В. Довженко на основе принятых в отечественной и зарубежной психиатрии критериев (наследственная отягощенность, сезонные и суточные колебания настроения, преобладание соматовегетативной симптоматики в структуре синдрома, отсутствие осознаваемой видимой психологической причины заболевания). В группу с аффективными расстройствами эндогенной природы были включены пациенты с диагнозами дистимия (F34.1), циклотимия (F34.0), а также с двумя коморбидными формами аффективных расстройств (депрессивный эпизод + дистимия (F32+F34.1)) (30 человек). В группу с психогенными депрессивными расстройствами вошли пациенты с депрессивными эпизодами различной степени тяжести (F32), с рекуррентным депрессивным расстройством (F33) – всего 67 человек.

Для общей оценки выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с аффективными расстройствами эндогенной и психогенной природы использовался *Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL–90–R Дегоратис* (табл. 49).

Результаты обработки данного опросника свидетельствуют о том, что группы эндогенных и психогенных на статистически значимом уровне отличаются друг от друга только по показателю *обсессивно-компульсивные нарушения* (*ОС*). У пациентов с аффективными расстройствами эндогенного характера эти нарушения выражены больше. По другим показателям различий не выявлено. В данную шкалу опросника входят утверждения, описывающие проблемы с памятью, необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки, трудности в принятии решения, трудности сосредоточения и др. Анализ содержания шкалы показал, что статистически значимые различия по этой шкале между группами эндогенных и психогенных могут свидетельствовать более выраженном уровне перфекционизма в группе пациентов с аффективными расстройствами эндогенного характера.

Таблица 49

Средние значения показателей Опросника выраженности психопатологической симптоматики *SCL–90–R* у пациентов с аффективными расстройствами эндогенной и психогенной природы

Показатели	*Пациенты с эндогенными депрессивными расстройствами, N=30, M(SD)*	*Пациенты с психогенными депрессивными расстройствами N=67, M(SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Соматизация (*SOM*)	0,10 (0,69)	1,08 (0,71)	0,351
Обсессивно-компульсивные нарушения (*OC*)	1,82 (0,81)	1,35 (0,61)	0,001**
Интерперсональная чувствительность (*INT*)	1,60 (0,76)	1,58 (0,68)	0,467
Депрессия (*DEP*)	1,93 (0,66)	1,92 (0,76)	0,617
Тревога (*ANX*)	1,25 (0,69)	1,52 (0,78)	0,697
Враждебность/агрессивность (*HOS*)	1,40 (0,56)	1,38(0,62)	0,737
Фобическая тревога (*PHOB*)	0,98 (0,77)	1,02 (0,69)	0,755
Паранояльное мышление (*PAR*)	1,28 (0,68)	1,24 (0,65)	0,990
Психотизм (*PSY*)	1,14 (0,66)	1,23 (0,65)	0,280

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Производилась оценка специфики микродинамики (семейные коммуникации) и истории (стрессогенные события) родительских семей эндогенных и психогенных больных. Согласно биологически ориентированым представлениям о природе аффективных расстройств, при эндогенных депрессиях на формирование и развитие данного расстройства влияют прежде всего биохимические процессы. Влияние микро- и макросоциума на формирование и протекание заболевания является минимальным. Тоже самое касается и влияния особенностей функционирования родительской семьи пациента, а также негативных жизненных обстоятельств, которые переживала эта семья. Это позволило предположить, что по этим параметрам группа пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами будет отличаться от группы больных с психогенными депрессивными расстройствами: у последних эти параметры семейной системы будут более нарушены. Проверка данного предположения производилась с помощью *Опросника СЭК* и *Шкалы стрессогенных событий.*

Как видно из табл. 50, статистически значимых различий между сравниваемыми группами нет ни по одному из факторов, хотя некоторые средние показатели по шкалам, а также общий показатель, выше в группе эндогенных. Отсутствие статистических различий между группами может свидетельствовать о том, что в самоотчете о характере эмоциональных коммуникаций в родительской семье депрессивные больные, как эндогенной, так и психогенной природы заболевания давали примерно одинаковые характеристики родительской семье. Это позволяет предположить, что уровень повседневного семейного стресса у них был приблизительно одинаков.

Анализ результатов обработки структурированного интервью *Шкала стрессогенных событий* показывает, что сохраняется тенденция, которая наметилась по данным *Опросника СЭК.* Результаты сравнения наличия стрессогенных событий семейной истории больных депрессиями эндогенной и психогенной природы представлены в табл. 51–52.

Статистически значимых различий между группой эндогенных и психогенных по наличию стрессогенных событий в расширенной семье не обнаружено. Это говорит о том, что примерно одинаковое количество испытуемых той и другой группы отмечали, что в истории их расширенной семьи присутствовали обозначенные стрессогенные события.

Нуклеарные семьи пациентов с эндогенной и психогенной депрессией также не отличались по количеству стрессогенных событий. Это

Таблица 50

Характеристика эмоциональных коммуникаций в родительской семье больных депрессивными расстройствами эндогенной и психогенной природы (Опросник СЭК)

Факторы	*Пациенты с эндогенными депр. р-вами, N=30, M(SD)*	*Пациенты с психогенными депр. р-вами, N=67, M(SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Родительская критика	10,1 (4,04)	8,7 (2,6)	0,132
Индуцирование тревоги	11,7 (3,42)	10,9 (3,4)	0,331
Элиминация эмоций	11,7 (3,98)	10,3 (3,4)	0,106
Внешнее благополучие	5,3 (2,59)	5,7 (1,7)	0,726
Фиксация на негативных переживаниях	4,5 (2,05)	4,7 (1,6)	0,700
Индуцирование недоверия к людям	3,3 (1,31)	2,8 (1,2)	0,147
Семейный перфекционизм	3,7 (1,32)	3,8 (1,2)	0,457
Сверхвключенность	1,9 (3,06)	0,9 (2,2)	0,074 t
Общий показатель	52,3 (10,98)	47,9 (7,2)	0,186

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
t – при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

Таблица 51

Налнчие стрессогенных событий в истории расширенной семьи (в трех поколениях) больных депрессивиыми расстройствами эидогенного и психогенного характера (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Показатели	*Пациенты с эндогенными депр. р-вами, N=30, M(SD)*	*Пациенты с психогенными депр. р-вами, N=67, M(SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
Тяжелая жизнь	0,84 (0,37)	0,78 (0,42)	0,925
Ранние смерти	0,63 (0,50)	0,65 (0,49)	0,890
Тяжелые болезни	0,95 (0,23)	0,87 (0,34)	0,393
Разводы	0,63 (0,50)	0,66 (0,47)	0,890
Несчастные случаи	0,47 (0,51)	0,65 (0,49)	0,395
Неполные семьи	0,53 (0,51)	0,57 (0,51)	0,801
Жертвы войн и репрессий	0,79 (0,42)	0,67 (0,43)	0,524
Присутствие при болезни или смерти родственника	0,80 (0,43)	0,74 (0,45)	0,986
Алкоголизм	0,78 (0,41)	0,83 (0,39)	0,764
Жестокое обращение	0,53 (0,51)	0,40 (0,50)	0,779
Драки	0,42 (0,51)	0,43 (0,51)	0,929

M – среднее значение,
SD – стандартное отклонение.

Таблица 52

Наличие стрессогенных событий в истории нуклеарной семьи больиых депрессивными расстройствами эндогенного и психогеиного характера (Шкала стрессогенных событий семейной историн)

Показатели	*Пациенты с эндогенными депр. р-вами, N=30, M(SD)*	*Пациенты с психогенными депр. р-вами, N=67, M(SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
Тяжелая жизнь	0,84 (0,37)	0,91 (0,29)	0,861
Ранние смерти	0,16 (0,37)	0,22 (0,42)	0,925
Тяжелые болезни	0,63 (0,50)	0,42 (0,50)	0,274
Разводы	0,42 (0,51)	0,42 (0,50)	0,977
Несчастные случаи	0,27 (0,46)	0,41 (0,50)	0,514
Неполные семьи	0,26 (0,45)	0,17 (0,38)	0,693
Жертвы войн и репрессий	0,11 (0,32)	0,04 (0,21)	0,863
Присутствие при болезни или смерти родственника	0,37 (0,50)	0,29 (0,46)	0,837
Алкоголизм	0,49 (0,51)	0,71 (0,46)	0,212
Жестокое обращение	0,47 (0,51)	0,33 (0,48)	0,535
Драки	0,53 (0,70)	0,46 (0,51)	0,778

M – среднее значение,
SD – стандартное отклонение.

позволяет сделать вывод, что травматический и повседневный стресс был примерно одинаково важен в обеих группах пациентов.

Также как и для общей выборки пациентов с депрессией, для групп с эндогенными и психогенными ее формами проводилась оценка числа родственников, пострадавших от стрессогенных событий. При анализе расширенной семьи ни по одному из представленных показателей, кроме *тяжелой жизни* различий не выявлено. В расширенной семье психогенных депрессивных больше родственников, чью жизнь можно характеризовать как тяжелую ($p = 0,000$). Нуклеарные семьи пациентов с психогенной и эндогенной депрессией по числу пострадавших ближайших родственников также не различаются.

Сравнение уровня семейного стресса в группах пациентов с эндогенной и психогенной депрессией с уровнем семейного стресса в группе здоровых испытуемых

При сравнении каждой из этих групп с нормой выявлено, что группа пациентов с эндогенной депрессией отличается от здоровых по большему количеству показателей шкалы стрессогенных событий в расширен-

ной семье, чем группа с психогенной депрессией. Так, большее количество пациентов с эндогенной депрессией отмечали наличие следующих стрессогенных событий в расширенной семье: *тяжелая жизнь, тяжелые болезни, жестокое обращение и драки*, в то время как в группе пациентов с психогенной депрессией статистически значимые различия с группой нормы имели место только по показателю *драки* ($p < 0,5$).

При сравнении нуклеарных семей больных с эндогенной и психогенной депрессией с семьями группы нормы отличия имеют место по разному числу показателей. В нуклеарных семьях «эндогенных» чаще (по сравнению с нормой) случались *тяжелые болезни, жестокое обращение, драки*. «Эндогенные» также чаще отмечали факт тяжелой жизни родственников и неполные семьи. «Психогенные» отличаются от нормы по показателям: *тяжелая жизнь, несчастные случаи, алкоголизм и драки*.

Различия сохраняются и при сравнении «эндогенных» и «психогенных» с нормой по количеству пострадавших родственников как в расширенной, так и в нуклеарной семье. При этом у «психогенных» очень много пьющих родственников как в расширенной, так и в нуклеарной семье, а у «эндогенных» пьют в основном дальние родственники. Подсчитывалось также количество родственников, больных психическими заболеваниями, и родственников, совершавших суицидальные попытки. По последнему показателю различий между пациентами и группой нормы не выявлено. При сравнении с нормой в группе «эндогенных» больше дальних и близких родственников имеют психические заболевания.

Пациенты с эндогенными и психогенными формами депрессии практически не отличаются друг от друга по наличию стрессогенных событий в расширенных и нуклеарных семьях, а также по количеству дальних и ближайших родственников, пострадавших от этих событий. По показателям стрессогенных событий обе группы отличаются от группы нормы. Расширенные и нуклеарные семьи пациентов с аффективными расстройствами эндогенной природы отличаются от нормы по большему количеству показателей, чем семьи пациентов с психогенным характером заболевания. Это говорит о том, что в семейной истории «эндогенных» происходило больше стрессогенных событий.

При сравнении результатов *Опросника СЭК* у пациентов с эндогенными и психогенными депрессиями с группой здоровых выявлено, что при эндогенных депрессиях имеются нарушения по большему количе-

ству факторов семейных эмоциональных коммуникаций, чем при психогенных. Обе группы отличаются от нормы по уровням родительской критики, индуцирования тревоги в семье, индуцирования недоверия к людям, а также по общему баллу семейных дисфункций. Помимо этого у «эндогенных» более выраженными оказались факторы элиминации эмоций и сверхвключенность.

Таким образом, после деления пациентов с депрессивными расстройствами на основании критериев МКБ-10 в зависимости от эндогенной или психогенной природы их заболевания и сравнения полученных групп испытуемых между собой мы не обнаружили никаких различий в их семейной *микродинамике*. Семейная история или *макродинамика* эти двух групп пациентов отличается от нормы большим числом стресогенных событий и пострадавших родственников. Это позволяет сделать вывод о том, что пациенты с эндогенными и психогенными депрессиями испытывают примерно одинаковый уровень семейного стресса.

7.3. Личностные факторы[2]

Как уже было показано в Гл. 4.3, посвященной обзору исследований личностных факторов расстройств аффективного спектра, в последние десятилетия интенсивно развивается параметрическая модель изучения личностных факторов, согласно которой предрасположенность к депрессивным и тревожным расстройствам связана с определенными личностными чертами. Наиболее влиятельным является унитарный подход, согласно которому эти черты сходны у пациентов обеих групп. Одной из черт, представляющей собой предиспозицию к самым разным психическим расстройствам является *нейротизм*. Его высокий уровень, очевидно, связан с наследственными и другими биологическими факторами. Однако на формирование личностных черт могут также оказывать существенное влияние психологические факторы, прежде всего семейные.

Согласно многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра эти черты или установки во многом определяются особенностями семейной системы, в которой вырос пациент – ее структурой, микродинамикой, макродинамикой и идеологией. Представленные выше результаты исследования семейных факторов на основе

[2] Исследование перфекционизма и враждебности проводилось под руководством Н.Г. Гаранян.

четырех-аспектной модели семейной системы служат важным основанием для выдвинутых гипотез относительно факторов личностного уровня. Так, идеология семейной системы пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами предполагает норму сдержанности и запрет на открытое выражение чувств. Это связано, прежде всего, с ценностью демонстрации внешнего благополучия, которая также была выявлена в родительских семьях пациентов.

Интериоризация этих норм и ценностей самими пациентами приводит к формированию у них соответствующих установок по отношению к эмоциям, которые, в свою очередь, способствуют накоплению негативных эмоций и затрудняют их переработку уже во взрослом возрасте, когда многие из пациентов проживают отдельно от своих родителей. Табл. 53 подтверждает гипотезу о более высоком запрете на открытое выражение чувств у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми. Следует отметить, что сам опросник был составлен на основании типичных высказываний пациентов, в ситуациях столкновения с необходимостью поделиться своими переживаниями в процессе индивидуальной и групповой психотерапии: «Увидят, что волнуюсь, будут считать слабаком», «Если покажу свое недовольство, испорчу отношения, стану объектом агрессии» и т.д.

Хотя статистически значимые различия относительно запрета на переживание и выражение отдельных эмоций были получены только для пациентов с тревожными расстройствами, обращает на себя внимание, что у депрессивных пациентов особенно высокий *запрет на выражение гнева*

Таблица 53

Выраженность запрета на выражение чувств у больных с тревожными, депрессивными расстройствами по сравнению со здоровыми (Опросник *ЗВЧ*), в %

Показатели	***Депрессивные M(SD), N=97***	***Тревожные M(SD), N=90***	***Норма M(SD), N=60***
Запрет на печаль	60,3 (33,9)	67,9 (35,8)*	55,6 (39,2)
Запрет на радость	62,7 (40,0)	65,1 (404)	52,5 (39,4)
Запрет на страх	69,5 (30,8)*	82,2(27,9)***	61,9 (32,5)
Запрет на гнев	82,2 (24,1)	71,2 (33,1)	76,9 (31,0)
Средний индекс запрета	69,1 (18,6)*	71,6 (21,6)*	61,7 (23,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), *** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

(82,2%), а у тревожных – *на выражение страха* (82,2%). Высокий запрет на выражение гнева у больных с депрессией хорошо корреспондирует с классической психодинамической моделью депрессии, согласно которой депрессия тесно связана со скрытой подавляемой агрессией. Высокий запрет на выражение страха у тревожных пациентов может вести к трудностям его переработки и парадоксальным образом способствовать росту тревоги. Значения показателя общего запрета на выражение чувств у пациентов обеих групп близки между собой и отличаются от аналогичного показателя у здоровых на статистически значимом уровне.

Как было показано выше (см. Гл. 7.2), важной характеристикой идеологии семейной системы больных является недоверие к окружающим людям. В структурном аспекте это означает закрытые границы семейной системы, сужение контактов с другими людьми, особенно открытых и доверительных. В аспекте макродинамики был отмечен высокий уровень семейного стресса в трех поколениях семьи, тяжелый субъективный опыт членов семьи, который мог способствовать формированию скрытой враждебности и недоверия к людям. Высокий уровень личностной враждебности был выявлен у родителей пациентов при их обследовании с помощью *Опросника враждебности*. Тот же самый опросник был предъявлен самим пациентам с целью изучения их личностных установок. Отметим, что он представляет собой полупроективный тест, построенный на основании типичных высказываний пациентов в ходе психотерапии (также как и *Опросник ЗВЧ*): «Узнают о моих проблемах, посмеются»; «Будут презирать за проявление слабости» и т.д. Отталкиваясь от такого рода представлений, был сформулирован ряд утверждений типа: «Я не уважаю людей, которые не способны справляться с трудностями», «Жизнь слишком трудна, чтобы можно было думать и заботиться о ком-то кроме близких людей», «Когда я вижу неудачи и слабости других людей, это возвышает меня в собственных глазах». В инструкции пациентов просили представить, что им надо спрогнозировать результаты анонимного опроса большой группы людей. А именно, им предлагалось указать процент людей, которые дадут утвердительный ответ на каждое из подобных утверждений, характеризующих людей как злорадных, завистливых, равнодушных и т.д.

Ниже в табл. 54 приводятся результаты исследования уровня *враждебности* у пациентов обеих группах. По всем показателям опросника пациенты обеих групп значимо отличаются от здоровых испытуемых, причем средние значения показателей *Опросника враждебности* у па-

циентов заметно выше, чем в родительской выборке. Однако общая тенденция сохраняется: также как их родители, пациенты склонны видеть других людей как злорадных, презирающих слабость и равнодушных к делам и проблемам других людей. Можно сделать вывод, что правило не доверять окружающим людям, видеть их враждебными, скрывать свои проблемы и истинные чувства в контактах с ними интериоризируются во враждебные личностные установки самих пациентов. Эти правила могут воспроизводиться и транслироваться в их собственных семьях в следующие поколения.

Важным направлением исследований личностной предиспозиции к депрессивным и тревожным расстройствам является изучение такой личностной черты как *перфекционизм* (Гаранян, 2009, 2010). Современные авторы рассматривают перфекционизм как сложный конструкт, что нашло отражение в структуре оригинального опросника перфекционизма. Помимо высоких стандартов деятельности в структуру перфекционизма входят такие параметры как негативное селектирование, поляризованное мышление. Именно их сочетание с высокими стандартами деятельности характеризует *патологический перфекционизм*, который приводит к хроническому недовольству собой, к пренебрежению маленькими достижениями, низкой способности к самоподкреплению, а также снижению уровня переживаемых положительных эмоций. По результатам *Опросника СЭК* перфекционстские семейные ценности оказались характерными для семей депрессивных пациентов, однако дополнительное исследование родителей с помощью структурированного интервью *Родительская критика и ожидание* выявило высокую значимость достижений и успеха у детей для родителей тревожных пациентов.

Таблица 54

Показатели враждебности у больных депрессивными, тревожными расстройствами и здоровых испытуемых

Видение других людей как	Депрессивные N=97, M(SD)	Тревожные N=90, M(SD)	Норма N=60, M(SD)
Злорадных	35,8(19,4)*	39,7(19,4)***	33,3(17,1)
Презирающих слабость	58,4(19,3)***	57,7(19,5)*	43,7(19,9)
Равнодушных	55,9(14,6)***	54,4(17,3)*	50,0(13,1)
Общий показатель	51,1(13,2)***	52,4(13,8)***	41,1(12,3)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), *** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Исследование самих родителей с помощью *Опросника перфекционизма* показало, что по трем шкалам показатели перфекционизма у них значимо выше, чем у родителей здоровых (высокие стандарты деятельности, поляризованное мышление, негативное селектирование). В то же время общий балл перфекционизма отличался от общего показателя у родителей здоровых только для родителей депрессивных пациентов, причем на уровне тенденции. Это свидетельствует о том, что их требования к самим себе были не столь уж высоки.

Повышенный уровень критики в адрес детей может свидетельствовать об обращении на них перфекционистских требований, что может способствовать формированию перфекционизма, как личностной черты, у потомков. Эту гипотезу подтверждают данные исследования *Опросником перфекционизма* самих пациентов.

Данный опросник, также как и инструменты для оценки враждебности и запрета на выражение чувств, составлялся на основе типичных высказываний пациентов: «Стоит ли смотреть талантливые фильмы или читать великие книги и ощущать себя при этом пигмеем?»; «Если я берусь за какое-то дело, то должен сделать его хорошо сразу, иначе зачем браться?»; «Принимая участие в разговоре я обязательно должен быть в курсе любой темы, поднятой собеседниками»; «Я не должен смущаться и показывать своего волнения ни при каких обстоятельствах»; «Если кто-то из моих коллег сделал работу лучше, значит я неудачник»; «Любая неудача – свидетельство моей несостоятельности» и т.д.

Как свидетельствуют данные табл. 55 больные депрессивными и тревожными расстройствами отличаются от здоровых испытуемых на высоком уровне значимости, как по отдельным параметрам перфекционизма, так и по общему показателю. Обе клинические группы:

- характеризуются более выраженным интерперсональным перфекционизмом: страхом не соответствовать тем положительным представлениям, которые создались о них у других людей, частыми сравнениями себя с другими, зависимостью от внешней оценки;
- отличаются от здоровых более высокими стандартами деятельности и ориентацией на полюс самых успешных людей;
- существенно опережают здоровых по показателям *негативных паттернов мышления* – склонности к селектированию информации о неуспехах и поляризованным суждениям о результатах собственно деятельности и поведении других людей;

Таблица 55

Показатели перфекционизма у больных депрессивными, тревожными расстройствами и здоровых испытуемых

Шкалы перфекционизма	*Больные депрессивными расстройствеми N=97, M (SD)*	*Больныв тревожными расстройствами N=90, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N=60, M (SD)*
Страх несоответствия ожиданиям других людей	19,2**(6,5)	16,8**(6,5)	11,0 (5,2)
Завышенные притязания и требования к себе	12,3* (4,0)	12,5**(3,4)	10,7 (4,0)
Высокие стандарты деятельности	12,5**(4,2)	11,6**(3,7)	9,1 (3,7)
Фиксация на неудачах и ошибках	8,6**(2,6)	7,4**(2,7)	4,3 (2,7)
Поляризованное мышление – «все или ничего»	9,4**(3,4)	9,3**(3,4)	7,5(2,9)
Контроль над чувствами	4,8* (2,1)	5,2** (2,0)	4,1 (1,7)
Общий показатель перфекционизма	66,8**(15,4)	62,8**(15,0)	47,7(13,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test).

- по сравнению со здоровыми испытуемыми, демонстрируют более высокие значения показателя *контроль над чувствами*.

Статистически достоверных различий между показателями депрессивных и тревожных пациентов не выявлено ни по одной из шкал. На основании данных о более выраженных семейных дисфункциях, в частности показателя семейного перфекционизма в *Опроснике СЭК* и общего показателя перфекционизма в родительской выборке, можно было бы предположить, что и показатель перфекционизма у больных депрессивными расстройствами будет выше по сравнению с тревожными. Однако эти ожидания не оправдались – обе клинические группы отличает высокий уровень перфекционизма, ни по одному показателю больные депрессивными расстройствами не опережают тревожных.

Таким образом, полученные по всем опросникам личностных установок результаты могут свидетельствовать о том, что личностные факторы этих расстройств сходны.

7.4. Интерперсональные факторы

Усвоенная под влиянием семейного опыта система установок и убеждений во многом определяет отношения с другими людьми. Этот тезис развивался во многих концепциях: в теории привязанности Дж. Боулби, интерперсональной психотерапии Г. Клермана, когнитивной психотерапии А. Бека, теории отношений В.Н. Мясищева. Он также получил подтверждение в эмпирических исследованиях (см. Гл. 4.4)

На основании этих исследований и собственного опыта работы с пациентами, страдающими расстройствами аффективного спектра, была выдвинута гипотеза о сужении их интерперсональных связей и низком уровне социальной поддержки. Рассмотренные выше результаты исследования личностных факторов также могут служить подтверждением этой гипотезы: запрет на выражение чувств и высокий уровень враждебности должны препятствовать установлению близких доверительных контактов с людьми. Высокий уровень перфекционизма должен приводить к завышенным требованиям не только к себе, но и к другим людям, задавать критическую позицию по отношению к ним, мешать видеть и ценить хорошее, выдвигая на первое место недостатки и промахи. Для проверки гипотезы о нарушениях интерперсональных отношений нами был адаптирован и валидизирован *Опросник социальной поддержки F-SOZU-22,* разработанный немецкими исследователями Г. Зоммером и Ф. Фюдриком, а также специально разработано структурированное интервью *Московский интегративный опросник социальной сети*, объединяющее основные параметры социальной сети и социальной поддержки, выделяемые разными исследователями (Холмогорова, Петрова, 2007).

Результаты измерения воспринимаемой социальной поддержки в обеих клинических группах говорят о значимых различиях по всем параметрам социальной поддержки по сравнению со здоровыми испытуемыми. У пациентов снижен уровень эмоциональной и инструментальной поддержки, они считают себя менее интегрированными в общество, чем здоровые. Низкий уровень удовлетворенности социальной поддержкой свидетельствует о том, что они страдают от ее дефицита. При сравнении результатов обследования клинических групп между собой были выявлены значимые статистические различия – у больных с депрессивными расстройствами значимо ниже общий показатель *социальной поддержки*, а также показатель *удовлетворенности социальной поддержкой* ($p < 0,5$). Так как в семейной системе депрессивных

Таблица 56

Параметры воспринимаемой социальной поддержки у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник F-SOZU-22)

Параметры	*Депрессивные N=97, M (SD)*	*Тревожные N=90, M (SD)*	*Здоровые N=60, M (SD)*
Эмоциональная поддержка	29,6**(9,8)	30,3**(9,0)	36,3 (11,6)
Инструментальная поддержка	14,6**(3,8)	14,7*(4,4)	15,7 (5,0)
Социальная интеграция	22,9**(6,0)	23,3**(7,4)	26,9 (8,2)
Удовлетворенность социальной поддержкой	4,4**(2,2)	6,0*(2,3)	6,6 (2,6)
Общий показатель	71,5**(18,6)	78,9**(22,5)	84,9 (25,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$(Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test).

пациентов мы обнаружили больше дисфункций логично было предположить, что их отношения с людьми нарушены больше, чем у тревожных. Результаты исследования уровня социальной поддержки у пациентов обеих групп подтверждают это предположение.

Структурированное интервью *Московский интегративный опросник социальной сети* позволяет не просто оценить воспринимаемый уровень поддержки на основании самоотчетов испытуемых, но выявить конкретных лиц, с которыми они связаны и от которых могут получать эмоциональную и инструментальную поддержку, т.е. несколько более объективно представить получаемый ими объем поддержки от ближайшего окружения. В интервью им предлагается назвать и перечислить имена конкретных людей, с которыми они связаны, и рассказать, в каких отношениях с этими людьми они находятся (насколько эти отношения доверительны, как высока частота контактов и т.д.). На основании вопросов выделяется *ядро сети* – люди, представляющие основной источник разных видов поддержки.

Ниже приводится характеристика социальной сети больных депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых по различным параметрам. В силу трудоемкости данного интервью, оно было проведено с меньшим числом испытуемых.

Из табл. 57 видны значимые различия у больных тревожными расстройствами по размеру социальной сети и числу людей, входящих в ядро сети. Эти пациенты получают меньше *инструментальной поддержки*, которая в структурированном интервью измеряется числом

Таблица 57

Характеристика социальной сети больных депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (Московский интегративный опросник социальной сети)

Показатели	***Депрессивные N=37, M (SD)***	***Тревожные N=29, M (SD)***	***Здоровые N=30, M (SD)***
Размер сети (абсолютное значение)	5,2 (2,2) t	4,9 (1,8)*	6,5 (2,6)
Ядро сети	2,0 (1,2) t	1,7 (1,1)*	2,5 (1,4)
Число родственников (%)	56,7 (30,9)	58,2 (2,8)	54,9 (25,5)
Уровень эмоциональной поддержки	2,4 (1,4)	2,2 (1,2)	2,7 (1,4)
Уровень инструментальной поддержки	2,8 (1,3)	2,6 (0,9)*	3,5 (1,9)
Дисперсия сети (%): а) в одном городе, б) в одном доме (соседи), в) в одной квартире, г) учеба, работа	 95,1 (12,0) 8,8 (15,8) 29,6 (25,9) 10,1 (15,2)	 95,1 (11,8) 7,2 (12,1) 42,5 (24,9) 12,9 (14,0)	 93,5 (13,3) 10,4 (15,9) 32,0 (13,7) 25,0 (16,3)
Социальная интеграция (%): а) свободное время, б) ценности	 33,8 (27,5) 46,2 (33,8)	 29,8 (23,0) 46,8 (33,5)	 41,0 (28,9) 38,9 (33,4)
Средняя частота контактов: а) с родственниками, б) с не родственниками	 1,2 (1,9) 1,8 (2,0)	 0,9 (1,6) * 1,4 (1,8)	 1,7 (1,9) 1,7 (2,0)
Индекс доверительности общения	3,6 (0,8) t	3,4 (1,2)	3,9 (0,2)
Частота инструментальной поддержки	2,8 (1,1)	2,9 (1,2)	3,0 (0,7)
Частота эмоциональной поддержки	2,8 (0,8)	2,9 (1,3)	3,1 (0,6)
Симметричность контактов: а) инструментальных, б) эмоциональных	 2,7 (0,8) t 2,7 (0,9) t	 2,7 (1,2) 2,5 (1,3)	 3,0 (0,6) 3,0 (1,6)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), t – при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

людей, от которых больные ее получают. Снижена частота их контактов с родственниками по сравнению со здоровыми.

У депрессивных пациентов *размер* и *ядро социальной сети* снижены на уровне тенденции к статистической значимости. У них имеется также тенденция к ограничению доверительных связей с другими людьми. Им сложнее, чем здоровым оказывать другим людям эмоциональную и инструментальную поддержку, что видно из показателя *симметричности контактов*, а также устанавливать доверительные связи. Данные структурированного интервью в целом согласуются с показателями *Опросника социальной поддержки*. Интервью проводилось вместе с тестом, который был разработан американскими исследователями для

изучения привязанности у взрослых (Hazan, Shaver, 1990). Понятие типа привязанности, введенное Дж. Боулби, получило широкое признание как устойчивая характеристика особенностей интерперсональных отношений человека. Эти особенности закладываются в детстве, в семье, в отношениях с близкими взрослыми и затем во многом определяют характер отношений с другими людьми.

Тест привязанности в отношениях с партнером выявил преобладание тревожно-амбивалентной привязанности у депрессивных (47%), избегающей – у тревожных (55%), надежной – у здоровых (85%) (табл. 58).

Тревожно-амбивалентный тип привязанности направлен на завоевание любви при постоянном сомнении в партнере. Избегающий тип привязанности характеризуется страхом находиться в близком контакте с другими. Оказалось, что надежная привязанность встречается среди пациентов обеих групп достаточно редко – менее чем у четверти депрессивных и менее чем у пятой части тревожных. В то время как подавляющее большинство здоровых (87%) отнесли к себе описание надежного типа привязанности. Депрессивные пациенты чаще хотят добиться любви, много переживают из-за отношения к ним другого человека, мечтают о большей близости с партнером, но постоянно сомневаются в нем и его чувствах. Пациенты с тревожными расстройствами – избегают близости, им не нравиться зависеть от других, для них характерно недоверие к другим людям. Это хорошо согласуются с данными исследования родительской семьи – высокий уровень критики и коммуникативные парадоксы в родительских семьях депрессивных согласуются с постоянными сомнениями в искренности партнера и желанием добиться его любви (амбивалентная привязанность), симбиотические отношения с матерью у больных тревожными расстройствами согласуются с выраженным желанием дистанцироваться от партнера, избежать контроля (избегающая при-

Таблица 58

Типы привязанности в отношениях с партнером у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых, в %

Тип привязанности	*Депрессивные N=37*	*Тревожные N=29*	*Здоровые N=30*
Надежная	24	18	87
Избегающая	29	55	8
Тревожно-амбивалентная	47	27	5

вязанность). Недоверие характерно для отношений с людьми в обеих группах пациентов, что хорошо согласуется с семейным правилом не доверять людям и высоким уровнем враждебности, как у родителей, так и у самих пациентов.

Таким образом, у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми снижены все показатели социальной поддержки, а также размер социальной сети и ее ядра. Большая часть больных депрессией характеризуется тревожно-амбивалентным характером привязанности, а тревожными расстройствами – избегающим.

7.5. Анализ и обсуждение результатов

Результаты исследования больных тревожными и депрессивными расстройствами выявили ряд дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней.

Как видно из табл. 59, пациентов отличают от здоровых испытуемых более выраженные семейные коммуникативные дисфункции, более высокие показатели запрета на выражение чувств, перфекционизма и враждебности, а также более низкий уровень социальной поддержки.

Анализ отдельных показателей по подшкалам *Опросника СЭК* показывает, что наибольшее число дисфункций имеет место в родительских семьях больных депрессивными расстройствами: от здоровых испытуемых их значимо отличают высокие показатели уровня *родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций, значимости внешнего благополучия, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма.*

Пациенты с тревожными расстройствами значимо отличаются от здоровых испытуемых по трем подшкалам: *родительской критики, индуцирования тревоги и недоверия к людям.*

Обе группы больных значимо отличаются от группы здоровых испытуемых по показателям всех подшкал *Опросников перфекционизма и враждебности.* Их отличает *склонность видеть других людей как злорадных, равнодушных и презирающих слабость, высокие стандарты деятельности, завышенные требования к себе и другим, страх несоответствия ожиданиям окружающих, фиксация на неудачах, поляризованное мышление по принципу «все или ничего».*

Таблица 59

Общие показатели дисфункций семейного, личностного и интерперсонального уровней у больных депрессивными и тревожными расстройствами в сравнении со здоровыми

Опросники	*Депрессивные N=97, M (SD)*	*Тревожные N=90, M (SD)*	*Здоровые N=60, M (SD)*
Семейный уровень: Семейные эмоциональные коммуникации (*СЭК*)	49,9** (9,5)	47,7** (10,7)	40,3 (7,3)
Личностный уровень: Запрет на выражение чувств (*ЗВЧ*), Опросник перфекционизма, Опросник враждебности	 69,1*(18,6) 66,8**(15,4) 51,1*(13,2)	 71,6*(21,6) 62,8**(15,0) 52,4*(13,8)	 61,7 (23,7) 47,7 (13,7) 41,1 (12,3)
Интерперсональный уровень: Опросник социальной поддержки	71,1*** (18,4)	76,2***(17,3)	91,0 (14,1)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Все показатели шкал *Опросника социальной поддержки* отличаются у пациентов депрессивными и тревожными расстройствами от показателей здоровых испытуемых на высоком уровне значимости. Они испытывают глубокую *неудовлетворенность своими социальными контактами, дефицит инструментальной и эмоциональной поддержки, доверительных связей с другими людьми, им не хватает чувства принадлежности к какой-либо референтной группе.*

У депрессивных пациентов ниже значения общего показателя воспринимаемой социальной поддержки, а также показателя удовлетворенности поддержкой, чем у пациентов с тревожными расстройствами.

Корреляционный анализ связей между общими показателями различных опросников показывает, что семейные, личностные и интерперсональные дисфункции связаны между собой и с показателями психопатологической симптоматики. Это говорит о том, что данные показатели объединены в определенную систему в рамках многофакторной модели расстройств аффективного спектра. Значения корреляций представлены в табл. 60.

Как видно из табл. 60, общие показатели семейных дисфункций, перфекционизма и индекс общей тяжести психопатологической симптоматики связаны между собой прямыми корреляционными связями на высоком уровне значимости. Общий показатель социальной поддержки

Таблица 60

Значимые корреляционные связи общих показателей опросников, тестирующих дисфункции семейного, личностного, интерперсонального уровней и выраженность психопатологической симптоматики

Опросники	***Семейные эмоциональные коммуникаций***	***Перфекционизм***	***Социальная поддержка***	***SCL-90-R индекс GSI***
Семейные эмоциональные коммуникации	1	0, 367 **	−0,322**	0, 301**
Перфекционизм		1	−0,462**	0,444**
Социальная поддержка			1	−0,497**
SCL-90-R индекс *GSI*				1

** – при $p < 0,01$ (Spearmen's rho).

имеет обратные корреляционные связи со всеми остальными опросниками, т.е. нарушенные отношения в родительской семье и высокий уровень перфекционизма связаны со снижением способности устанавливать конструктивные и доверительные отношения с другими людьми.

Результаты корреляционного анализа данных, полученных при исследовании родительской выборки обнаружили, что общий показатель семейных дисфункций и показатель родительской критики в Опроснике *СЭК* для родителей коррелируют практически со всеми шкалами *Опросника перфекционизма* для родителей; показатель *семейного перфекционизма* (*Опросник СЭК* для родителей) показал высокую и достоверную корреляцию с показателем *высокие стандарты деятельности* ($r = 467$, $p = 0,005$, Spearmen's rho). *Другими словами, чем выше родительский перфекционизм, тем более высок уровень родительской критики и общая выраженность семейных дисфункций.*

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о сложной системной детерминации тревожных и депрессивных расстройств, в которой участвуют семейные, личностные и интерперсональные факторы, что предполагает выделение системы соответствующих мишеней для проведения психотерапевтической работы. У больных депрессивными расстройствами выявлено больше дисфункций в родительской семье, по отношению к ним чаще занимали критическую позицию оба родителя, в то время как у больных тревожными расстройствами матери чаще занимали

поддерживающую позицию. Отцы обеих групп отличаются выраженной критической позицией по отношению к детям, большинство из них вовсе не принимали участие в воспитании.

***

Проведенное на основе многофактороной психосоциальной модели эмпирическое исследование депрессивных и тревожных расстройств позволяет сделать ряд ***выводов.***

1. Исследование факторов *семейного уровня* с помощью *Опросника СЭК* выявило выраженные дисфункции микродинамики, структуры и идеологии – высокий уровень индуцирования негативных эмоций, закрытые границы, правило не доверять окружающим. У больных депрессивными расстройствами выявлено больше дисфункций – их семейные коммуникации отличает высокий уровень родительского перфекционизма и элиминирования эмоций. Данные структурированного интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории* демонстрируют значительное накопление стрессогенных жизненных событий в трех поколениях родственников больных депрессивными и тревожными расстройствами. Родственники больных значимо чаще, чем родственники здоровых переносили тяжелые болезни, жизненные лишения, в их семьях чаще имели место насилие в виде драк и жестокого обращения, случаи алкоголизации вплоть до семейных сценариев, когда пили, например, отец, брат и другие родственники. Больные обеих групп чаще проживали в неполных семьях и были свидетелями тяжелой болезни или смерти родственников, алкоголизации близких членов семьи, жестокого обращения и драк.

   По данным структурированных интервью *Родительская критика и ожидания* (проводились как с пациентами, так и с их родителями) пациенты с депрессивными расстройствами чаще отмечают преобладание критики над похвалой со стороны матери (54%), в то время как большинство пациентов с тревожными – преобладание похвалы над критикой с ее стороны (52%). Большинство пациентов обеих групп оценили отца как критикующего (24 и 26%) или вовсе не участвующего в воспитании (по 44% в обеих группах). Пациенты с депрессивными расстройствами сталкивались с противоречивыми требованиями и коммуникативными парадоксами со стороны матери (ругала за упрямство, а требовала инициативности, жесткости, напористости; утверждала, что много хва-

лит, а перечисляла, в основном, негативные характеристики); похвалу с ее стороны они могли заслужить за послушание, а пациенты с тревожными – за достижения. В целом, пациенты с тревожными расстройствами получали больше поддержки со стороны матери.

По данным экспертных оценок структуры семейной системы психотерапевтами в семьях пациентов обеих групп одинаково представлена разобщенность (33%); симбиотические отношения преобладали у тревожных (40%), но достаточно часто имели место и у депрессивных (30%). У трети семей обеих групп имели место хронические конфликты.

Особенности идеологии семейной системы исследовались также путем *выявления системы установок и убеждений родителей пациентов*. Родителей пациентов обеих групп отличает от здоровых испытуемых более высокие показатели запрета на выражение чувств, а также перфекционизма и враждебности. Негативные установки по отношению к открытому эмоциональному поведению приводят к семейному правилу сдержанности в выражении чувств, запрету на их открытое выражение; враждебная картина мира приводит к правилу не доверять окружающим, не давать другим людям информацию о своих проблемах, демонстрировать благополучный внешний фасад; наконец, перфекционистские установки в виде высоких стандартов деятельности, пренебрежении маленькими достижениями связаны с такими семейными ценностями как культ успеха и достижений. Установки родителей в виде враждебной картины окружающего мира, высоких стандартов деятельности в сочетании со склонностью к поляризованному мышлению и негативному селектированию прямо связаны с выраженностью семейных дисфункций и способствуют установлению дисфункциональных правил и ценностей в семье: недоверие окружающим людям, поддержание внешнего благополучного фасада и культ успеха при обесценивании небольших достижений.

2. По данным сравнения пациентов с эндогенной и психогенной депрессией в соответствии с критериями МКБ-9 не обнаружено значимых различий по уровню семейного стресса, более того, пациенты с эндогенной депрессией отличаются от нормы по бóльшему числу стрессогенных событий семейной истории, чем пациенты с психогенной депрессией.

3. Исследование факторов *личностного уровня* с помощью тех же опросников, которые предъявлялись родителям пациентов (запрета на выражение чувств, перфекционизма и враждебности) показывает, что родительские установки транслируются через семейные правила и ценности и усваиваются пациентами, превращаясь в личностные факторы риска. Что касается показателей *перфекционизма* и *враждебности*, то их средние значения в группе пациентов выше, чем в группе родителей. Это косвенно подтверждает гипотезу М. Боуэна о накоплении и усилении дисфункций в поколениях.
4. Исследование факторов *интерперсонального уровня* с помощью *Опросника социальной поддержки F-SOZU-22* выявило значимое снижение всех видов воспринимаемой социальной поддержки, причем общий показатель социальной поддержки и показатель удовлетворенности социальной поддержкой в группе депрессивных ниже по сравнению с тревожными. По данным структурированного интервью *Московский интегративный опросник социальной сети* в обеих группах имеет место сужение социальных связей – меньшее число людей в социальной сети и ее ядре (основном источнике эмоциональной поддержки) по сравнению со здоровыми. У тревожных в структурированном интервью выявлены также значимые отличия от здоровых испытуемых по числу людей, оказывающих инструментальную поддержку и частота контактов с родственниками. Зато у депрессивных снижена число доверительных связей и симметричность во взаимоотношениях с другими при оказании инструментальной и эмоциональной поддержки. Они больше получают, чем дают. *Тест на тип привязанности в интерперсональных отношениях Хезена, Шейвера* выявил преобладание тревожно-амбивалентной привязанности у депрессивных (47%), избегающей – у тревожных (55%), надежной – у здоровых (85%). Данные теста хорошо согласуются с данными исследования родительской семьи – разобщенность и коммуникативные парадоксы в родительских семьях депрессивных согласуются с постоянными сомнениями в искренности партнера (амбивалентная привязанность), симбиотические отношения у больных с тревожными расстройствами согласуются с выраженным желанием дистанцироваться от других людей (избегающая привязанность).

Глава 8
Эмпирическое исследование соматоформных расстройств

8.1. Характеристика групп, гипотезы и методики исследования

Клиническая характеристика групп

Всего было обследовано 52 пациента, страдающих соматоформными расстройствами и 30 здоровых испытуемых, составивших контрольную группу (Холмогорова, Гаранян, Шайб, Виршинг, 2011)[1].

При постановке диагноза и распределении пациентов по диагностическим категориям учитывались их жалобы, сведения о течении заболевания, ведущие психопатологические проявления, определяющие клиническую картину на момент обращения и их выраженность, а также личностные особенности пациента. На основе этого некоторым пациентам были поставлены сложные диагнозы, включающие коморбидные личностные расстройства. 24 пациента (46,2%) имели диагноз «соматизированного расстройства» (F45.0). Они предъявляли жалобы на многообразные, повторяющиеся и часто изменяющиеся соматические симптомы, которые не были локализованы в каком-либо отдельном органе или системе организма. 28 пациентов (53,8%) имели диагноз «соматоформной вегетативной дисфункции» (F45.3), их жалобы относились к отдельному органу или системе организма, наиболее часто – к сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной и дыхательной. Пациенты с ипохондрическим расстройством (F45.2) сознательно исключались,

---

[1]Исследование проводилось совместно с клиникой Фрайбургского университета им. А. Людвига (Германия), Цюрихского университета (Швейцария), Льежского университета (Бельгия). Гипотезы и общий дизайн проекта был предложен российской стороной, зарубежные специалисты (М. Виршинг, П. Шайб, Т. Геринг, М. Дебри) выступали в качестве координаторов проекта и консультантов по западным методикам – немецкому опроснику социальной поддержки F-SOZU-22 Зоммера, Фюдрика и швейцарскому семейному системному тесту FAST Геринга. Нами осуществлялось руководство проектом с российской стороны. В исследовании принимали участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии: Н.Г. Гаранян, С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева. Клиническую оценку состояния пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводила Т.В. Довженко.

Таблица 61

Диагностическая характеристика пациентов с соматоформными расстройствами

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты с соматоформными расстройствами, N=52	
			N	%
F 45	F 45.0	Соматизированное расстройство	24	46,2
	F 45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция	28	53,8
Всего			52	100

так как диагностический статус этой категории пациентов является предметом дискуссий, как правило, этот диагноз сопряжен с выраженной личностной патологией и представляет большие трудности для терапии (как медикаментозной, так и психотерапии).

Пациенты предъявляли жалобы, главным образом, на нарушения функции, а также боли и другие неприятные ощущения со стороны различных органов и систем органов: учащенное сердцебиение, перебои и боли в области сердца, в загрудинной области, чувство нехватки воздуха, затруднения, учащения дыхания, тошноту, отрыжку, изжогу, затруднения глотания, боли, неприятные ощущения, чувство дискомфорта в области желудка, кишечника, кишечные расстройства, расстройства мочеиспускания, жалобы на чувство жара, озноба, потливость, онемение, покалывание, боли в различных частях тела. Следует отметить, что наиболее частыми были жалобы на нарушение сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3) картина заболевания исчерпывалась жалобами на нарушение какой-либо одной системы органов. При соматизированном расстройстве (F45.0) пациенты предъявляли множественные жалобы на соматовегетативные нарушения со стороны различных органов.

Жалобы на соматическое неблагополучие доминировали в картине заболевания и сочетались с опасениями за состояние здоровья. В отличие от пациентов с ипохондрическим расстройством, которые не включались в обследованную группу, у пациентов с соматизированным расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией не было твердой уверенности в наличии тяжелого прогрессирующего заболевания с тяжелыми инвалидизирующими последствиями, они страдали от со-

матических симптомов и хотели их скорейшего устранения. Все пациенты были обследованы врачом-психиатром после многократных визитов к врачам-интернистам, повторных параклинических исследований, не выявивших какой-либо соматической патологии. Тем не менее, у пациентов сохранялась уверенность в соматической природе симптомов, а внутренняя картина болезни носила исключительно соматический характер.

Как правило, пациенты не предъявляли жалоб на нарушения настроения. Лишь при целенаправленном детальном расспросе они отмечали раздражительность, утомляемость, плохой сон, внутреннее напряжение, беспокойство, подавленное настроение. Однако при этом они никак не связывали свое эмоциональное состояние с соматическими симптомами и не рассматривали их как основание для обращения за помощью к специалисту-психиатру. Тревожные и депрессивные нарушения по своему характеру, выраженности и месту в клинической картине не были достаточными для постановки диагнозов тревожных (F40, 41, 43, 48) или депрессивных расстройств (F32–38).

Продолжительность заболевания составила от одного года до двадцати лет. В большинстве случаев начало заболевания у пациентов совпадало по времени с психотравмирующими ситуациями (болезнь, смерть родственников, измена, уход из семьи мужа, конфликты в семье, алкоголизация кого-то из членов семьи, служебные неприятности). Сами пациенты эту связь не выявляли и не считали, что эти сложные обстоятельства их жизни могли способствовать развитию заболевания. Однако в ходе лечения у врача-психиатра и психотерапевта представления о характере имеющихся расстройств постепенно менялись, во внутренней картине болезни все большее место приобретали психологические факторы.

Кроме этого важно отметить, что у пациентов с соматоформными расстройствами диагностировались коморбидные расстройства зрелой личности (13,5%). Все эти случаи были выявлены среди больных с соматизированным соматоформным расстройством. Большая часть 9,8% (5 человек) страдала тревожным (уклоняющимся) личностным расстройством (F60.6), остальные 3,7% (2 человека) – обсессивно-компульсивным расстройством (F60.5).

Обследование экспериментальной и контрольной групп с помощью *Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R* выявило различия по всем показателям на высоком уровне статисти-

Таблица 62

Коморбидные расстройства зрелой личности

Код по МКБ-10	***Диагноз***	***Пациенты с соматоформными расстройствами, N=52***	
		N	***%***
F60	Коморбидные расстройства зрелой личности	7	13,5

Таблица 63

Средние значения показателей Опросника выраженности психопатологической симптоматики *SCL–90–R* у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых

Показатели	***Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)***	***Здоровые испытуемые N =30, M (SD)***	***Уровень значимости p (Mann – Whitney test)***
Соматизация (*SOM*)	1,60 (0,64)	0,45 (0,32)	0,000***
Обсессивно-компульсивные нарушения (*OC*)	1,05 (0,62)	0,38 (0,31)	0,000***
Межличностные затруднения (*INT*)	1,08 (0,75)	0,49 (0,25)	0,000***
Депрессия (*DEP*)1,32 (0,75)	0,40 (0,22)	0,000***	
Тревога (*ANX*)1,57 (0,62)	0,32 (0,24)	0,000***	
Враждебность (*HOS*)	1,05 (0,69)	0,40 (0,38)	0,000***
Фобическая тревога (*PHOB*)	0,94 (0,66)	0,11 (0,15)	0,000***
Параноидное мышление (*PAR*)	0,75 (0,58)	0,34 (0,33)	0,000***
Психотизм (*PSY*)0,79 (0,55)	0,13 (0,24)	0,000***	
Общей индекс (*GSI*)	1,15 (0,50)	0,27 (0,19)	0,000***

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

ческой значимости. Наиболее высокие показатели отмечаются по шкалам соматизации, депрессии и тревоги.

Наиболее высокие показатели в группе соматоформных пациентов имеют место по шкале *соматизация*, которая содержит вопросы о наличии соматических жалоб (головные боли, боли в области сердца, в мышцах и т.д.). Высокие показатели по шкале *депрессия* и *тревога* связаны с формированием у пациентов опасений и страхов, связанных с состоянием здоровья. Основная часть вопросов шкалы *тревога* связана с переживанием чувства страха, паники, ожидания чего-то плохого. Наличие болезненных соматических ощущений, не получающих никаких разъяснений со стороны врачей-интернистов в течение длительно-

го времени, может приводить к формированию фобических нарушений и способствовать росту депрессивной симптоматики. Однако тревожные и депрессивные симптомы в клинической картине тесно связаны с соматическими проблемами пациентов, что и обусловливает специфику этой группы больных.

Социодемографическая характеристика групп

Экспериментальную группу составили 52 пациента с диагнозом соматоформного расстройства по критериям МКБ-10, обследованные в одной из районных поликлиник Москвы и в лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии. Все больные были проконсультированы врачами-психиатрами. В группу вошли 44 женщины (87,2%) и 8 мужчин (12,8%). Средний возраст испытуемых экспериментальной группы составил 37,5 лет. Более половины пациентов имели среднее профессиональное образование (57%); остальная часть испытуемых имела высшее образование (44%).

Контрольную группу составили 27 (90%) женщин и 3 (10%) мужчин, без симптомов психических расстройств и близких к экспериментальной группе по возрастным и демографическим характеристикам. Средний возраст испытуемых контрольной группы был 36 лет, 55% имели высшее образование, 45% – среднее. Контрольная группа значимо не отличалась от экспериментальной ни по одной из указанных характеристик.

Гипотезы исследования

Соматоформные расстройства являются одной из наиболее сложных и спорных клинических групп. Эта диагностическая категория служит частой темой дискуссий в исследовательской литературе по причине растущей численности пациентов с соматизацией в общей популяции, фактически сравнявшейся с распространенностью депрессивных расстройств (Wittchen, 2005). Многие авторы оспаривают независимость этой диагностической единицы и рассматривают соматизацию как форму депрессивного расстройства с преобладанием соматического компонента (см. Гл. 1.3). В то же время, некоторые авторы предполагают, что существует особый тип эмоциональной организации, связанный с соматоформными расстройствами, несводимый к депрессивному или тревожному аффекту (Kellner,1990; Rief, Hiller, 1998 и др.).

Настоящее исследование основано на гипотезе об особом типе эмоциональных нарушений у пациентов «соматайзеров», который предполагает высокий уровень негативных аффектов при сниженной способ-

ности к их осознанию и психологической переработке. Последняя характеристика может рассматриваться как широко известный в психосоматической медицине феномен алекситимии, ставший предметом интенсивных экспериментальных исследований в клинической психологии. Речь идет об особом типе эмоциональной организации, известным под общим названием соматизация, определяемая большинством авторов как «переживание и коммуникация психологического дистресса в форме физических симптомов» (Lipowsky, 1989).

Согласно разрабатываемой в данном исследовании многофакторной психо-социальной модели при рассмотрении феноменов соматизации следует принимать во внимание различные факторы. Наше исследование нацелено на изучение семейных, личностных и интерперсональных факторов и их вклад в особый тип эмоциональной организации, связанный с соматизацией аффекта. На основе проведенного анализа литературы и собственной многолетней практики работы с этим контингентом был сформулирован ряд гипотез на каждом из уровней исследования (семейном, личностном, интерперсональном). Основанием для формулировки гипотез семейного уровня послужила четырех-аспектная модель семейной системы.

1. *Семейный уровень:* в семьях пациентов с соматоформными расстройствами в аспекте *структуры* доминируют симбиотические связи; в аспекте *микродинамики* доминирует паттерн элиминирования эмоций в сочетании с индуцированием негативных эмоций; в аспекте *макродинамики* в трех поколениях накапливаются стрессогенные события, связанные с угрозой физическому здоровью; в аспекте *идеологии* доминирует ценность сдержанности и благополучного фасада.
2. *Личностный уровень:* у больных соматоформными расстройствами выражены негативные установки по отношению к эмоциям в виде запрета на переживание и выражение чувств, а также недостаточно развиты навыки эмоционального самовыражения и коммуникации (сужен эмоциональный словарь, снижена способность к распознаванию эмоций другого человека).
3. *Интерперсональный уровень:* у данной группы больных сужены контакты с другими людьми, они получают мало эмоциональной поддержки и в большей степени ориентированы на инструментальную поддержку.

Методики исследования

Для проверки сформулированных гипотез для каждого уровня исследования был разработан свой блок методик.

1. Семейный уровень: *Опросник семейных эмоциональных коммуникаций* (*СЭК*); структурированное интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории*; модифицированный тест семейной системы *FAST* Геринга в сочетании со специально разработанным структурированным интервью, направленным на уточнение характера эмоциональных коммуникаций в родительской и актуальной семье.
2. Личностный уровень: *Опросник запрета на выражение чувств* (*ЗВЧ*), самоотчет о настроении, *Тест на эмоциональный словарь*, *Тест на распознавание эмоций по мимике Тоом-Курека.*
3. Интерперсональный уровень: *Опросник социальной поддержки Зоммера, Фюдрика* (*F-SOZU-22*); структурированное интервью *Московский интегративный опросник социальной сети.*

Подробное описание методик приводится в Гл. 5.2.

Таким образом, подбор клинической и контрольной групп, а также комплекс исследовательских методик позволяют проверить основные гипотезы, касающиеся семейных, личностных и интерперсональных факторов соматоформных расстройств.

8.2. Семейные факторы

Результаты исследования структуры, микродинамики и идеологии семейной системы

Согласно гипотезе о нарушении микродинамики в родительских семьях больных соматоформными расстройствами стимулирование негативных эмоций в этих семьях сосуществует с выраженным запретом на их открытое проявление. Данная гипотеза проверялась с помощью опросника, тестирующего эмоциональные коммуникации в родительских семьях в детстве (*СЭК*).

Как видно из табл. 64, показатель элиминирования эмоций в коммуникациях одинаково выражен в сравниваемых группах испытуемых. Однако показатель, отражающий ценность внешнего благополучия, на уровне тенденции выше в группе соматоформных. Этот показатель отражает тенденцию к элиминации эмоций в контактах с другими людьми, ценность демонстрации благополучного фасада и сокрытия своих проблем от других людей. Показатель родительской критики и фиксации на негативных переживаниях в семьях больных соматоформными расстройствами был значимо выше, чем в семьях испытуемых конт-

Таблица 64

Стили эмоциональных коммуникаций в родительской семье больных соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник СЭК)

Шкалы	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Родительская критика	8,4 (3,0)	6,4 (2,8)	0,008**
Индуцирование тревоги	8,4 (1,9)	7,5 (2,8)	0,890
Элиминация эмоций	6,7 (2,6)	6,3 (3,1)	0,663
Фиксация на негативных переживаниях	6,7 (1,6)	5,8 (1,8)	0,008**
Внешнее благополучие	7,0 (2,1)	6,0 (1,7)	0,057t
Индуцирование недоверия к людям	2,6 (1,5)	2,1 (1,0)	0,078 t
Семейный перфекционизм	4,6 (1,4)	4,4 (1,2)	0,695
Общий показатель семмейных дисфункции	44,4 (6,3)	38,9 (8,4)	0,001**

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test), t – при $p < 0,1$ (Mann – Whitney test).

рольной группы. На уровне тенденции выше показатель индуцирования недоверия к людям. Таким образом, данная методика выявляет паттерн стимулирования негативных эмоций, ценность внешнего благополучия и частично подтверждает выдвинутую гипотезу. Кроме того, высокие значения показателя *индуцирование недоверия к людям* в аспекте структуры позволяют говорить о закрытых границах в этих семьях (структурный аспект), а в аспекте идеологии о правиле не доверять окружающим людям.

Особенности структуры родительской семьи больных соматоформными расстройствами в сравнении с семьями здоровых испытуемых исследовались с помощью теста Геринга (*FAST*) и сопровождающего его специально разработанного структурированного интервью. Напомним, что данный тест, представляет собой семейные шахматы – на шахматной доске расставляются фигурки, репрезентирующие всех членов семьи, в которой проживает пациент. При этом его просят расположить фигурки определенным образом, используя расстояние между ними как меру психологической связи или близости. Испытуемых также просят отразить семейную иерархию, используя специальные подставки – чем

больше подставок, тем больше влияние данного члена семьи. Оценивались следующие показатели структуры – *связь, иерархия, семейные подсистемы, а также суммарный показатель сбалансированности семейной структуры.* Наряду с основными, анализировались дополнительные показатели структуры – наличие *семейных коалиций и инверсии иерархии* (см. подробнее общую характеристику типов семейных дисфункций в Гл. 3.6).

Модификация теста заключалась в проведении на его основе структурированного интервью. В интервью уточнялись особенности семейных эмоциональных коммуникаций в родительской семье, что позволяло верифицировать приведенные выше результаты *Опросника СЭК.* В ходе построения семейной скульптуры на основе экспериментального материала *FAST* выяснялись степень открытости выражения чувств в семье, наличие или отсутствие эмоциональной и инструментальной поддержки в семье в сложных для пациента ситуациях. Также специально подсчитывалось количество спонтанно употребляемых больными и здоровыми испытуемыми в ходе интервью эмоциональных категорий речи, т.е. слов, обозначающих эмоции, а также частота конфликтов (редкие, частые).

Модификация *Теста FAST* заключалась также в том, что анализировалась не только репрезентация структуры актуальной семьи (обычный вариант), но также репрезентация родительской семьи в детстве и подростковом возрасте (чтобы пациенту было легче соотнести репрезентацию с определенным возрастом). Таким образом, анализировались три репрезентации семейной системы: 1) репрезентация семьи в детстве (РСД, возраст 5–7 лет); 2) репрезентация семьи в подростковом возрасте (РСП, 15 лет); 3) репрезентация актуальной семьи пациента (АС, возраст на момент обследования).

Результаты, полученные при исследовании больных соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых приведены в табл. 65. Для каждой группы испытуемых приводится процент семей, имеющих соответствующую структурную характеристику.

Обращает на себя внимание, что дисфункции по типу коалиций встречались в семьях пациентов достоверно чаще, чем в семьях здоровых. Коалиции в семьях больных были межпоколенными, когда один из родителей объединялся с ребенком при изоляции другого родителя. Как правило, это пара мать-ребенок и периферический отец. Отношения между матерью и ребенком при этом имели выраженный симбиотичес-

Таблица 65

Количество семей с разными структурными характеристиками семейной системы у больиых соматоформиыми расстройствами и здоровых испытуемых, в %

Показатели	*Больные соматоформными расстройствами, N=52*			*Здоровые испытуемые N=30*		
	АС	*РСД*	*РСП*	*АС*	*РСД*	*РСП*
Сбалансированность: сбалансированная, несбалансированная, умеренно, сбалансированная	 70,7 4,8 24,5	 63,5 14,6 21,9	 53,7 21,9 24,4	 52,7 15,7 31,6	 31,6 26,3 42,1	 21,0 36,9 42,1
Коалиции: присутствуют, отсутствуют	 41,5* 58,5	 56,1* 43,9	 36,5t 63,4	 0 100	 21,1 78,9	 21,1 78,9
Инверсия иерархии: присутствует, отсутствует	 26,8* 73,2	 14,6 85,4	 14,6 85,4	 5,3 94,7	 5,3 94,7	 0 100

t – на уровне тенденции, АС – актуальная семья;
* – при $p < 0.05$ (Pearson Chi-square test), РСД – родительская семья в детстве;
РСП – родительская семья в подростковом возрасте.

кий характер. Повышенная частота дисфункций по типу коалиций имела место в трех репрезентациях – актуальной семьи (41,5% семей) и родительской семьи в детском (56,1% семей) и подростковом возрасте (36,5% семей). Обращает на себя внимание, что в детстве у более половины больных была нарушена семейная структура в виде коалиций. Наличие коалиций между матерью и ребенком проявляется не только в установлении симбиотических отношений с ребенком, но и в дисфункциях родительской подсистемы – трудностях в отношениях между родителями. Таким образом, в аспекте макродинамики можно говорить об определенном сценарии в семьях больных соматоформными расстройствами: из поколения в поколение передаются дисфункции родительской подсистемы, и ребенок триангулируется одним из родителей с установлением симбиотических отношений. Иерархия (способ организации власти в семье) – другая проблемная сфера в семьях больных соматоформными расстройствами.

Показатель *инверсия иерархии* в актуальных семьях больных достоверно выше, чем в семьях здоровых лиц, т.е. в актуальных семьях пациентов нередко присутствует дисфункциональная иерархия, предполагающая, что ребенок, объединившийся с более сильным родите-

лем, доминирует над другим, периферическим, чаще всего отцом. В случае семей с одним родителем речь идет о большей власти ребенка.

Некоторые данные табл. 65 требуют комментария. Обращает на себя внимание тот факт, что процент сбалансированных семей в трех репрезентациях пациентов с соматоформными расстройствами превышает аналогичный показатель у здоровых испытуемых. Возникает вопрос: не является ли это свидетельством большей адаптивности семейных систем больных? Очевидно, нет. Во-первых, различия между больными и здоровыми по данному показателю не достигают уровня статистической значимости. Во-вторых, эти различия в значительной степени объясняются тем, что к сбалансированным относятся семьи с высокой или средней степенью близости и средней иерархией. При этом семьи с симбиотическими отношениями по формальным критериям теста (высокая степень близости) могут быть отнесены к семьям со сбалансированной структурой. В экспериментальной группе процент таких семей оказался достаточно высоким. На наш взгляд, в таких случаях показатель высокой сбалансированности не может рассматриваться как критерий благополучия семьи. Скорее таким критерием является число умеренно сбалансированных семей, процент которых выше среди семей здоровых.

В специальном структурированном интервью, которое сопровождало построение семейных скульптур в *Тесте FAST*, больных просили дать субъективную оценку степени открытости выражения чувств в родительской семье (закрытое, частичное, открытое), указать наличие или отсутствие эмоциональной и инструментальной поддержки от родителей в детстве, оценить частоту конфликтов (редко, средне, часто).

Из табл. 66 видно, что две трети больных характеризуют стиль эмоциональных коммуникаций в семье как закрытый. Это значит, что в семье не было принято делиться своими чувствами, говорить о них, обсуждать свои проблемы и переживания. Большинство больных соматоформными расстройствами на вопрос: «Как члены семьи узнавали о Ваших переживаниях?» давали ответы – «Никак» или «Догадывались по моему лицу». Только треть больных отметила наличие эмоциональной поддержки со стороны родителей и лишь пятая часть указала на наличие инструментальной поддержки, что на высоком уровне значимости отличает их от группы здоровых испытуемых. Это подтверждает нашу гипотезу о выраженности паттерна элиминирования эмоций в семье, которая не нашла прямого подтверждения при заполнении *Опросника СЭК*. Половина пациентов оценили частоту конфликтов в се-

Таблица 66

Число родительских семей с разными семейных дисфункций микродинамики в группах соматоформных больных и здоровых (Тест *FAST*), в %

Показатели	*Больные N=52*	*Здоровые N=30*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
Выражение чувств в семье: закрытое, частичное, открытое	 75 21 4	 21 4 75	 0,000***
Эмоциональная поддержка: наличие, отсутствие	 31 69	 79 21	 0,000***
Инструментальная поддержка: наличие, отсутствие	 17 83	 71 29	 0,000***
Частота конфликтов: редко, средне, часто	 32 19 49	 75 13 12	 0,005**

** – при p < 0.01 (Pearson Chi-square test),
*** – при p < 0.001 (Pearson Chi-square test).

мье как высокую, а среди здоровых только 12%. Важно отметить, что в ходе структурированного интервью при описании стиля эмоциональных коммуникаций в семье больные в два раза реже использовали дифференцированные эмоциональные категории по сравнению со здоровыми ($p < 0{,}01$, Chi-square test = 0,009).

Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что больные соматоформными расстройствами в детстве проживали в семьях, где высокий уровень индуцирования негативных эмоций сочетался с элиминированием эмоций, ценностью благополучного фасада, а также со структурными дисфункциями в виде закрытых границ, симбиотических отношений и коалиций, передающимися из поколения в поколение.

Результаты исследования макродинамики семейной системы

Некоторые аспекты макродинамики уже были затронуты в предшествующем разделе – было установлено, что такая структурная дисфункция как коалиции отмечается в репрезентациях как родительской, так и актуальной семьи, т.е. имеют место семейные сценарии.

На основании данных анализа теоретических и эмпирических исследований, а также собственного опыта практической психотерапевтической работы с данной категорией больных, мы предположили, что

число стрессогенных событий и обстоятельств в семейной истории пациентов с соматоформными расстройствами превышает аналогичные показатели у здоровых.

Гипотеза проверялась с помощью структурированного интервью *Шкала стрессогенных событий семейной истории*, разработанного на основании анализа семейной истории больных методом генограмм (графически представленной семейной истории в трех поколениях, включавшей основные стрессогенные события, пережитые членами семьи). Генограммы собирались в процессе психотерапии больных расстройствами аффективного спектра. Анализ генограмм больных соматоформными расстройствами позволил предположить повышенное число стрессогенных событий, связанных с угрозой физическому здоровью членов семьи. Результаты структурированного интервью, направленного на проверку гипотезы о повышенной частоте стрессогенных событий в семейной истории больных соматоформными расстройствами отражены в табл. 67.

В ходе опроса выяснилось, что больные соматоформными расстройствами существенно хуже, чем здоровые лица, знакомы с собственной семейной историей в трех поколениях. Тем не менее, выдвинутая гипотеза полностью подтвердилась для нуклеарной семьи. Почти в 50% нуклеарных семей больных имели место ранние смерти и по этому показателю они на статистическом уровне значимости расходятся со здоровыми, где это стрессогенное событие имело место лишь у 18% семей (заметим, что семьи депрессивных и тревожных пациентов не отличаются от нормы по этому показателю). Значимо выше по сравнению с нормой частота встречаемости тяжелых болезней (у 53 и 32% семей соответственно), а также присутствия при болезни или смерти близкого родственника (у 48 и 23%). Наконец, имеет место повышенная по сравнению с нормой частота случаев жестокого обращения (у 42 и 18%) и драк (у 29 и 4%). Случаи алкоголизации чаще имели место в семьях больных, однако статистически значимых различий частоты встречаемости не выявляется. В семьях здоровых испытуемых случаи алкоголизма отмечены, в основном, в третьем поколении (бабушки, дедушки), в то время как в семьях пациентов эти случаи относились преимущественно ко второму поколению (отцы) или имели место в актуальной семье пациента (супруги). Поэтому в табл. 68, отражающей *частоту встречаемости случаев алкоголизма* в нуклеарной семье, эти различия достигают тенденции к статистической значимости.

Таблица 67

Сравнительная характеристика частоты встречаемости стрессогенных событий в нуклеарной семье пациентов с соматоформными расстройствами и в группе нормы (Шкала стрессогенных событий семейиой истории)

Стрессогенные события	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
Тяжелая жизнь	0,85 (0,36)	0,59 (0,50)	0,015*
Ранние смерти	0,47 (0,50)*	0,18 (0,39)	0,024*
Тяжелые болезни	0,53 (0,50)	0,32 (0,47)	0,097 t
Разводы	0,56 (0,50)	0,45 (0,50)	0,401
Несчастные случаи	0,38 (0,49)	0,22 (0,42)	0,222
Неполные семьи	0,21 (0,41)*	0,04 (0,21)	0,082 t
Жертвы войн и репрессий	0,13 (0,34)	0,04 (0,21)	0,292
Присутствие при тяжелой болезни или смерти члена семьи	0,48 (0,50)*	0,23(0,43)	0,046*
Алкоголизм	0,51 (0,50)	0,36 (0,49)	0,252
Жестокое обращение	0,42 (0,49)*	0,18 (0,39)	0,055*
Драки	0,29 (0,46) *	0,04 (0,21)	0,002*

M – среднее, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Chi-square test), t – на уровне тенденции.

По числу пострадавших родственников сохраняются значимые различия по ряду шкал. В группе больных по сравнению со здоровыми было больше родителей, переживших тяжелые лишения и больше ближайших родственников, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями. На высоком уровне значимости отличается от группы нормы показатель числа ближайших родственников, при смерти или болезни которых приходилось присутствовать больным. Выявлены статистические различия по числу жертв жестокого обращения и физического насилия в семьях больных по сравнению с семьями здоровых. По количеству психически больных и совершивших суицидальные попытки группы больных и здоровых не различаются между собой.

В показателях для расширенной семьи (три поколения родственников, включая бабушек, дедушек, дядей, тетей, двоюродных братьев и сестер) значимых различий гораздо меньше. Мы связываем это с очень плохой осведомленностью больных об истории своей семьи. При рас-

Таблица 68

Сравнительная характеристика количества пострадавших в нуклеарной семье пациентов с соматоформными расстройствами и в группе нормы (Шкала стрессогенных событий семейной истории)

Среднее число пострадавших родственников по группе	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Chi-square test)*
От лишений	0,9 (0,36)	0,61 (0,48)	0,026*
Рано умерших	0,50 (0,83)	0,31 (0,76)	0,514
Имевших тяжелые болезни	1,48 (1,1)	0,57 (0,76)	0,065 t
Переживших развод	0,87 (0,50)	0,68 (0,50)	0,345
Имевших несчастные случаи	0,49 (0,49)	0,21 (0,36)	0,251
Имевших неполные семьи	0,26 (0,41)	0,05 (0,20)	0,260
Жертв войн и репрессий	0,17 (0,43)	0,11 (0,31)	0,583
Родственников, при болезни (смерти) которых присутствовал испытуемый	0,87 (0,79)*	0,31 (0,47)	0,007**
Алкоголизирующихся	0,78 (0,99) t	0,35 (0,56)	0, 092 t
Жертв жестокого обращения	0,5(0,65)*	0,21 (0,39)	0,025*
Жертв физического насилия	0,38 (0,46)*	0,1 (0,26)	0,037*
Психических заболеваний	0,04 (0,20)	0,00	0,760
Суицидов	0,04(020)	0,00	0,760

M – среднее, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Chi-square test), ** – при $p < 0,01$ (Chi-square test),
t – на уровне тенденции.

спросе о нуклеарной семье, в которой они непосредственно проживали и проживают, они, естественно, были осведомлены лучше. Больные часто объясняли свою неосведомленность тем, что в семье не было принято рассказывать о своей прошлой жизни и делиться переживаниями. Отметим, что значительная часть стрессогенных событий, характерных для семейной истории пациентов, была связана с различными соматическими проблемами (ранние смерти, присутствие при болезни или смерти родственника), а также грубым нарушением телесных границ (драки, насилие).

Таким образом, в семейной истории больных соматоформными расстройствами отмечались стрессогенные события, которые могли оказывать

существенное влияние на благополучие и здоровье членов семьи. Характер коммуникаций в родительской семье пациентов способствовал индуцированию негативных эмоций и затруднял их переработку.

8.3. Личностные факторы

Согласно выдвинутым гипотезам больные соматоформными расстройствами характеризуются более интенсивным негативным аффектом, чем здоровые испытуемые, в то время как их способность к вербализации чувств и распознаванию эмоций у других людей снижена. Данная гипотеза проверялась с помощью нескольких экспериментальных приемов.

Анализ самоотчетов о настроении показал, что сравниваемые группы не различаются по частоте употребления слов, обозначающих неэмоциональные состояния или недифференцированные эмоциональные состояния. Напомним, что для анализа этих самоотчетов использовались четыре показателя по количеству слов, обозначающих:

1) неэмоциональные состояния: «напряжен», «нормальное состояние», «сосредоточен»;
2) недифференцированные эмоциональные состояния: «нервничаю», «плохо себя чувствую»;
3) дифференцированные эмоции, такие как «радость», «печаль», «страх», «гнев» и т.д.;
4) знак и модальность упомянутой эмоции.

Небольшие, но близкие к достоверным, различия отмечаются по частоте использования в самоотчете слов, обозначающих недифференцированные эмоции. В группе больных эти слова зарегистрированы в 84% самоотчетов о настроении, в то время как у здоровых они встречаются в 100% случаев (Chi-square test = 0,058). Показатель *употребление слов, обозначающих дифференцированные эмоции* различает группы на статистически достоверном уровне. Больные соматоформными расстройствами при описании своего настроения существенно реже здоровых лиц употребляют слова, обозначающие дифференцированные эмоции ($p < 0{,}01$, Chi square test = 0,008).

Результаты речевого теста, в котором испытуемых просили подобрать синонимы к шести эмоциональным категориям русской речи, представлены в табл. 69. Правильность ответа испытуемого оценивалась с опорой на список синонимов эмоциональных категорий русской речи, составленный Н.С. Куреком (Курек, 1994).

Таблица 69

Семантические поля эмоциональных категорий речи

Показатели	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Печаль	1,4 (0,8)	1,7 (0,1)	0,05*
Гнев	1,8 (0,9)	2,0 (0,9)	0,045*
Страх	0,7 (0,6)	0,9 (0,7)	0,099 t
Радость	1,7 (0,9)	2,1 (1,1)	0,016*
Презрение	0,3 (0,5)	1,2 (0,9)	0,008**
Удиаление	0,2 (0,4)	0,5 (0,9)	0,118
Общий показатель	6,0 (2,4)	9,1 (2,8)	0,0003***

M – среднее количестао правильно подобранных синонимов, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,01$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test), t – при $p < 0,1$.

Семантические поля эмоциональных категорий речи у больных соматоформными расстройствами значимо более сужены, в сравнении со здоровыми лицами. Пациентам удалось правильно подобрать гораздо меньше синонимов к словам, обозначающим шесть основных эмоций в классификации Вудвортса-Шлосберга. Подбор синонимов к словам «печаль», «гнев», «радость» и «презрение» вызвал у больных наибольшие затруднения. По этим показателям зафиксированы статистически достоверные различия между сравниваемыми группами. По показателю числа синонимов к слову «страх» различия значимы на уровне тенденции. Общий показатель теста также снижен в группе больных и на высоком уровне статистической значимости отличается от такового у здоровых испытуемых. Данные отчетливо демонстрируют обеднение эмоционального словаря у пациентов с соматоформными расстройствами.

Традиционный инструмент для измерения алекситимии *Торонтская шкала алекситимии* (*TAS*) также использовался в нашем исследовании. Общий показатель шкалы в группе больных значимо превышает аналогичный показатель у здоровых (75,4 – у больных соматоформными расстройствами; 65,0 – у здоровых испытуемых; Mann Whitney criteria = 0,004).

Гипотеза личностного уровня касалась также сниженной способности к распознаванию эмоций другого человека по невербальной экспрессии. Результаты обследования испытуемых с помощью методики на распознавание эмоций по мимике представлены в табл. 70.

Таблица 70

Точность распознавания эмоций другого человека по мимике (Тест на распознавание эмоций по мимике Тоом-Курека)

Эмоции	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Радость	79,1 (17,7)	88,4 (16,3)	0,057 t
Удивление	39,0 (28,1)	55,0 (21,6)	0,01**
Страх	37,7 (29,5)	57,9 (32,1)	0,020*
Печаль	65,9 (31,5)	82,6 (22,2)	0,025*
Гнев	63,8 (30.2)	66,6 (28,4)	0,647
Презрение	59,4 (32,9)	63,7 (0,0)	0,698
Общий показатель	57,6 (14,2)	69,0 (11,0)	0,003**

M – среднее количество правильно подобранных синонимов, SD – стандартное отклонение;
* – при p < 0,05 (Mann – Whitney test), ** – при p < 0,010 (Mann – Whitney test),
*** – при p < 0,001 (Mann – Whitney test).

Таблица 71

Установки по отношению к переживанию и выражению эмоций у больных соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник *ЗВЧ*)

Показатели	*Соматоформные M (SD) N=52*	*Норма M (SD) N=30*
Запрет на печаль	51,7 (37,2)	55,6 (39,2)
Запрет на радость	65,2 (37,7)	52,5 (39,4)
Запрет на страх	79,5 (30,5)*	61,9 (32,5)
Запрет на гнев	69,3 (28,8)	76,9 (31,0)
Средний индекс запрета	66,4 (22,1)*	61,7 (23,7)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – значимость при p < 0,05 ((Mann – Whitney test), ** – значимость при p < 0,001 (Mann – Whitney test).

Данные табл. 70 свидетельствуют о том, что у больных соматоформными расстройствами снижена способность к распознаванию эмоций другого человека по мимике. Больные испытывали наибольшие затруднения при распознавании эмоций удивления, печали и страха. Статистически достоверные различия со здоровыми лицами зарегистрированы именно по этим параметрам. Также на уровне тенденции отмечены различия в распознавании эмоции «радость». Общий показатель точности распознавания эмоций другого человека по мимике также существенно снижен в группе больных соматоформными расстройствами.

Мы также предположили, что у больных соматоформными расстройствами ярче выражены негативные установки по отношениям эмоциям. Из табл. 71 видно, что уровень запрета на выражение страха и общий показатель запрета на выражение чувств значимо выше в группе пациентов с соматоформными расстройствами.

Таким образом, на личностном уровне подтвердились гипотезы о более высоком запрете на осознание и выражение чувств у больных соматоформными расстройствами, а также о дефиците навыков эмоциональной саморегуляции и коммуникации в виде скудного эмоционального словаря и трудностям распознавания эмоций по мимической экспрессии.

8.4. Интерперсональные факторы

На интерперсональном уровне была сформулирована гипотеза о сужении социальной сети и снижении уровня воспринимаемой социальной поддержки у больных соматоформными расстройствами. В свете описанных выше данных исследования семейного и личностного уровня эта гипотеза получает дополнительное обоснование. Нарушенные эмоциональные коммуникации в семье, индуцирование недоверия к людям, трудности эмоционального самовыражения, свойственные этим больным, способствуют появлению затруднений в интерперсональных контактах.

Результаты самоотчета о воспринимаемой социальной поддержке говорят о существенном снижении ее общего уровня у больных соматоформными расстройствами. Они получают значимо меньше эмоциональной поддержки по сравнению со здоровыми, т.е. испытывают дефицит позитивного чувства близости, доверия и общности. У них также снижена поддержка в форме социальной интеграции, т.е. включенности в определенную сеть социальных взаимодействий, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни, а также общность интересов и увлечений.

Данные табл. 72 свидетельствуют о том, что изучаемые группы практически не различаются по показателю *инструментальная поддержка* и *удовлетворенность социальной поддержкой*. При этом у пациентов с соматоформными расстройствами нарушены глубокие и доверительные связи с другими людьми, которые характеризуют высокий уровень социальной поддержки: показатели *эмоциональная поддержка* и *соци-*

Таблица 72

Параметры воспринимаемой социальной поддержки у больных соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник F-SOZU-22)

Показатели	*Больные соматоформными расстройствами N=52, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitney test)*
Эмоциональная поддержка	33,0 (8,6)	36,3 (11,6)	0,001**
Инструментальная поддержка	15,4 (3,9)	15,7 (5,0)	0,323
Социальная интеграция	25,5 (4,7)	26,9 (8,2)	0,000***
Удовлетворенность социальной поддержкой	6,7 (1,7)	6,6 (2,6)	0,211
Общий показатель	80,6 (15,6)	84,9 (25,7)	0,000***

M – среднее количество правильно подобранных синонимов, SD – стандартное отклонение;
* – при p < 0,05 (Mann – Whitney test), ** – при p < 0,010 (Mann – Whitney test),
*** – при p < 0,001 (Mann – Whitney test).

альная интеграция (чувство общности с другими людьми) существенно ниже в экспериментальной группе, в сравнении с контрольной. Высокий показатель инструментальной поддержки можно объяснить характером заболевания, в котором преобладают соматические симптомы, что вынуждает окружающих оказывать помощь и, таким образом, облегчает ее получение. Можно предположить, что высокий уровень инструментальной поддержки служит косвенным подкреплением соматической картины болезни в силу ее условной выгодности.

Интересно, что больные соматоформными расстройствами мало осознают дефицит эмоциональной поддержки как проблему – их показатель удовлетворенности социальной поддержки не отличается от такового у здоровых. Это служит косвенным подтверждением особого склада когнитивно-аффективной сферы больных, получившей название «операторное мышление», отличающего людей с высоким уровнем алекситимии (Nemiah, Sifneos, 1970).

Данное мышление выражается в преимущественной фиксации на внешних, материальных аспектах жизни, к которым относится и инструментальная поддержка. Внутренняя же эмоциональная жизнь при таком складе мышления не принимается во внимание и игнорируется, поэтому дефицит эмоциональной поддержки может не осознаваться такими больными. Согласно современным теориям соматизации такой склад аффективно-когнитивной сферы затрудняет психологическую

Таблица 72

Параметры воспринимаемой социальной поддержки у больных соматоформными расстройствами и здоровых испытуемых (Опросник F-SOZU-22)

Показвтели	*Больные соматоформными расстройсттвми N=46, M (SD)*	*Здоровые испытуемые N =30, M (SD)*	*Уровень значимости p (Mann – Whitnвy test)*
Размер сети (в абсолютных значениях)	4,8 (1,8)	6,5 (2,6)	0,009**
Ядро сети (в абсолютных значениях)	1,8 (1,0)	2,5 (1,4)	0,051 t
Число родственников (%)	62,1 (30,3)	54,9 (25,5)	0,355
Уровень эмоциональной поддержки	2,0 (1,3)	2,7 (1,4)	0,096 t
Уровень инструментальной поддержки	2,8 (1,1)	3,5 (1,9)	0,125
Дисперсия сети (%) а) в одном городе, б) в одном доме (соседи), в) в одной квартире, г) учеба, работа	 93,3 (18,3) 9,5 (14,5) 37,1 (25,9) 8,3 (18,4)	 93,5 (13,3) 10,4 (15,9) 32,0 (13,7) 25,0 (16,3)	 0,500 0,851 0,598 0,489
Социальная интеграция (%): а) свободное время, б) ценности35,0 (27,3)	 43,3 (32,0) 38,9 (33,4)	 41,0 (28,9) 0,779	 0,973
Средняя частота контактов: а) с родственниками, б) с не родственниками	 1,0 (1,8) t 1,5 (1,8)	 1,7 (1,9) 1,7 (2,0)	 0,100 0,407
Индекс доверительности общения	3,6 (0,8)	3,9 (0,2)	0,176
Частота инструментальной поддержки	3,0 (0,8)	3,0 (0,7)	0,807
Частота эмоциональной поддержки	2,9 (0,8)	3,1 (0,6)	0,270
Симметричность контактов: а) инструментальных, б) эмоциональных	 2,9 (0,8) 3,0 (0,8)	 3,0 (0,6) 3,0 (1,6)	 0,486

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;
* – при p < 0,05 (Mann – Whitney test), ** – при p < 0,010 (Mann – Whitney test),
*** – при p < 0,001 (Mann – Whitney test).

переработку эмоций и приводит к выраженному звучанию их физиологического компонента.

Показатели опросника воспринимаемой социальной поддержки верифицировались и дополнялись данными структурированного интервью *Московский интегративный опросник социальной сети*, которое

дает более достоверную информацию относительно объема реально получаемой социальной поддержки, так как направлено на выявление числа конкретных людей в сети и характера взаимоотношений с ними. Оно также выявляет ряд других важных показателей социальных контактов. Как видно из табл. 73, существуют значимые различия между больными соматоформными расстройствами и здоровыми испытуемыми по размеру социальной сети. Кроме того, имеется тенденция к ограничению числа людей, с которыми соматоформные больные находятся в близких отношениях, что выражено в таком показателе, как *ядро социальной сети.*

Не выявлено различий в показателях средней частоты инструментальной и эмоциональной поддержки у больных и здоровых, которые тестируются вопросом: «Как часто близкий вам человек оказывает соответствующую помощь?» Ответы: «Никогда», «Иногда», «Часто» «Очень часто» распределены примерно одинаково у больных и у здоровых. Однако уровень эмоциональной поддержки, который измеряется числом людей, оказывающих ее, у больных соматоформными расстройствами ниже на уровне тенденции, т.е. в социальной сети больных меньше людей, с которыми они делятся своими переживаниями с целью обсудить, почувствовать понимание и тепло. В то же время среднее число людей, являющихся источником инструментальной поддержки, в группе больных значимо не отличается от группы нормы.

Таким образом, больные соматоформными расстройствами отличаются меньшим размером социальной сети и ее ядра, они реже получают эмоциональную поддержку и хуже интегрированы в социальную среду по сравнению со здоровыми. В то же время показатели инструментальной поддержки у них не отличаются от нормы, что можно объяснить соматическим характером жалоб, облегчающим получение помощи у окружающих.

8.5. Анализ и обсуждение результатов

С целью дальнейшего уточнения и анализа данных проводился корреляционный анализ. В табл. 74 приводятся значения коэффициента корреляций Пирсона двух принципиально важных для данного исследования показателей – соматизации и алекситимии – с общими показателями других инструментов.

Таблица 74

Значения коэффициентов корреляции между показателями соматизации (*SCL-90-R*) и алекситимии (*TAS*) и общими показателями других инструментов

Общие показатели	***SCL-90-R Шкала соматизации***	***TAS***
TAS	0,364**	1,000
SCL-90-R Шкала соматизации	1,000	0,364**
SCL-90-R Общий индекс *GSI*	0,865**	0,359**
ЗВЧ	0,275*	0,275*
Тест на эмоциональный словарь	–0,297*	–0,297*
Распознавание эмоций	–0,206	–0,146
Социальная поддержка	–0,365*	–0,276*
СЭК	0,188	0,156

M – среднее количество правильно подобранных синонимов, SD – стандартное отклонение;
* – при $p < 0,05$ (Mann – Whitney test), ** – при $p < 0,010$ (Mann – Whitney test),
*** – при $p < 0,001$ (Mann – Whitney test).

Анализ выявил статистически достоверные положительные корреляции между показателем соматизации (*SCL-90-R*) и общим показателем шкалы алекситимии Торонто (*TAS*), а также общим показателем запрета на выражение чувств. Отрицательные значимые корреляции выявлены между показателем соматизации (*SCL-90-R*) и общим показателем теста на эмоциональный словарь (число правильно названных слов, обозначающих эмоции) и опросника социальной поддержки.

В ходе анализа были выявлены корреляции между общим показателем шкалы алекситимии и другими переменными. Как видно из табл. 74, показатель алекситимии коррелирует на высоком уровне значимости с показателем общей тяжести психопатологических расстройств *GSI (SCL-90-R)*. Слабая, однако статистически достоверная, связь была установлена между показателем алекситимии и общим показателем запрета на переживание и выражение чувств *Опросника ЗВЧ*. Были также установлены достоверные отрицательные корреляции между показателем алекситимии, общим показателем воспринимаемой социальной поддержки и количеством правильно названных синонимов эмоциональных категорий русской речи.

Следует упомянуть еще несколько корреляций, принципиально важных в контексте нашего исследования. Так, была обнаружена отрицательная корреляция между запретом на переживание и выражение чувств и числом правильно названных синонимов к эмоциональным категориям русской речи ($r = –0,279$, $p < 0,05$). Положительная корре-

ляция между общим показателем точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и общим показателем воспринимаемой социальной поддержки также представляется важной ($r = 0{,}330$, $p < 0{,}05$).

Несколько показателей *Опросника ЗВЧ* коррелируют с параметрами воспринимаемой социальной поддержки. Так, запрет на переживание и выражение страха в контактах с другими людьми отрицательно коррелирует с показателем социальной интеграции ($r = -0{,}261$, $p < 0{,}05$), субъективной удовлетворенностью социальной поддержкой ($r = -0{,}452$, $p < 0{,}01$), а также с общим показателем воспринимаемой социальной поддержки ($r = -0{,}33$, $p < 0{,}01$). Установлены статистически значимые связи общего показателя опросника ЗВЧ с параметрами воспринимаемой поддержки – эмоциональной поддержкой и социальной интеграцией ($r = -0{,}318$, $p < 0{,}05$; $r = -0{,}313$, $p < 0{,}05$; $r = -0{,}340$, $p < 0{,}01$, соответственно). Выявлены также значимые корреляции ряда показателей социальной поддержки и шкал опросника *SCL-90-R*, в частности, общего показателя социальной поддержки и шкалы эмоциональной поддержки с общим индексом выраженности психопатологической симптоматики *GSI*.

Для более детального анализа установленных связей мы использовали *метод частного корреляционного анализа*, который позволяет уточнить вклад различных переменных в ту или иную корреляционную зависимость. Оказалось, что значимая связь между показателем соматизации и суммарным показателем социальной поддержки ослабляется и становится статистически не достоверной ($r = -0{,}220$, $p = 0{,}105$) при исключении влияния совокупности четырех показателей, характеризующих эмоциональные дисфункции (показатели алекситимии, способности к распознаванию эмоций другого человека, запрета на выражения чувств и числа синонимов эмоциональных категорий). Это свидетельствует о том, что отрицательное влияние высокого уровня соматизации на социальные контакты не прямое, а опосредованное нарушениями навыков эмоционального самовыражения и коммуникации, что представляется вполне логичным.

Связь между соматизацией и алекситимией оказалась также не прямой, а опосредствованной показателями депрессии и тревоги. При устранении их влияния эта корреляция стала статистически не значимой ($r = 0{,}178$, $p = 0{,}119$), т.е. связь соматизации с алекситимией опосредствована негативным аффектом, что свидетельствует в пользу развиваемой рядом авторов модели алекситимии как особом когнитивно-аф-

фективном стиле, позволяющим защититься от сильных негативных переживаний (см. подробнее Гл. 4.3).

Таким образом, проведенное исследование показывает, что больные соматоформными расстройствами наряду с выраженными телесными симптомами имеют многочисленные симптомы депрессии и тревоги. Чем сильнее и разнообразнее соматические жалобы, тем выше показатели депрессии и тревоги. При этом прямых жалоб на расстройство настроения больные не предъявляют: для этих пациентов характерен особый способ переработки негативного аффекта, который описан в литературе как феномен алекситимии. Действительно, показатели алекситимии у наших пациентов значимо выше, чем в норме. Отмечается также положительная корреляция соматизации, депрессии, тревоги и показателя алекситимии. Итак, частный корреляционный анализ показал, что связь соматизации и алекситимии опосредствована негативными аффектами (депрессией и тревогой).

***

На основании проведенного в опоре на многофакторную психо-социальную модель эмпирического исследования соматоформных расстройств можно сделать ряд ***выводов.***

1. Проведенное исследование *личностных факторов* позволяет конкретизировать особенности когнитивно-аффективной организации пациентов с соматоформными расстройствами. Оказалось, что у этих пациентов значительно сужены семантические поля эмоциональных категорий русской речи, снижена способность к распознаванию эмоций другого человека по мимике, выше запрет на выражение чувств. При этом отмечается позитивная корреляционная связь между показателем запрета на выражение чувств и числом правильно называемых синонимов эмоциональных категорий. Это позволяет сделать вывод, что негативные установки по отношению к эмоциям и бедный эмоциональный словарь являются связанными между собой характеристиками когнитивно-аффективного стиля больных соматоформными расстройствами. Этот вывод также подтверждает корреляционная связь показателя алекситимии как с показателями запрета на выражение чувств, так и с показателем правильно подобранных синонимов (см. табл. 74). Все указанные характеристики когнитивно-аффективного стиля (алекситимия, запрет на вы-

ражение чувств, бедный эмоциональный словарь, сниженная способность к распознаванию эмоций) продемонстрировали значимые корреляции с показателем соматизации. По данным частного корреляционного анализа связь соматизации и алекситимии опосредствована негативным аффектом (показателями депрессии и тревоги), что может служить косвенным доказательством защитной функции алекситимии, изолирующей негативный аффект.

2. Исследование *семейных факторов* позволяет пролить некоторый свет на возможное происхождение описываемой когнитивно-аффективной организации. Влияние семейного контекста на ее формирование косвенно подтверждается позитивной корреляцией между уровнем запрета на выражение чувств и таким показателем семейных коммуникаций как элиминация эмоций ($r = 0{,}220$, $p < 0{,}05$). Высокий уровень стрессогенности семейной жизни сочетается в изучаемых семьях с крайне неконструктивным отношением к эмоциональным реакциям ребенка. Родители больных соматоформными расстройствами характеризуются низкой толерантностью к эмоциональному неблагополучию ребенка, его промахам и неудачам, они склонны к фиксации на негативных переживаниях, оказывают мало эмоциональной поддержки и высказывают много критики в адрес ребенка. При высоком уровне негативных эмоций правила и ценности родительской семьи (ценность благополучного внешнего фасада и правило не доверять людям) не способствуют переработке негативного аффекта.

   Дисфункциональное поведение родителей получает объяснение при анализе стрессогенных событий семейной истории в трех поколениях. Эта история насыщена травматическим опытом. Члены семьи значимо чаще переживали такие стрессогенные события как ранняя смерть кого-то из близких, несчастные случаи с членами семьи, самим больным чаще приходилось присутствовать при болезни и смерти родственников. Они также чаще пребывали в ситуации хронического повседневного стресса, проживая в семьях, где практиковалось насилие и драки между членами семьи. Дисфункции структуры (симбиотические связи, закрытые границы), микродинамики (высокий уровень индуцирования негативных эмоций и запрет на их открытое выражение) и идеологии (ценность благополучного фасада и правило не доверять людям) связаны с описанным аспектом макродинамики (высокий уровень стресса в трех поколениях). Семейные правила и ценности инте-

риоризируются пациентами, превращаясь в дисфункциональные личностные установки в виде запрета на выражение чувств, в качестве защиты от высокого уровня стресса может развиваться особая когнитивно-аффективная организация.

3. Исследование *интерперсональных факторов* позволяет сделать некоторые выводы о последствиях особой когнитивно-аффективной организации для отношений с другими людьми. Больные соматоформными расстройствами имеют более низкий уровень воспринимаемой социальной поддержки. Зависимость социальной поддержки от выраженности алекситимии подтверждается негативной корреляционной связью между соответствующими показателями. Описанные выше эмоциональные дефициты этих больных (сниженная способность к распознаванию эмоций, бедный эмоциональный словарь, а также негативные установки по отношению к эмоциональному самовыражению) затрудняют установление близких отношений с другими людьми, а, значит, мешают их социальной интеграции и получению эмоциональной поддержки. Описанные механизмы дефицита социальной поддержки у данного контингента подтверждаются положительными корреляциями между точностью распознавания эмоций другого человека и уровнем воспринимаемой социальной поддержки и негативной корреляцией между уровнем запрета на выражение чувств и различными параметрами социальной поддержки. Исследование выявило негативную корреляционную связь между симптомами соматизации и воспринимаемой социальной поддержкой. Для уточнения гипотезы о роли эмоциональных дисфункций в дефиците социальной поддержки был проведен частный корреляционный анализ. Его данные показывают, что при устранении влияния переменных, отражающих дисфункции эмоциональной сферы (алекситимии, запрета на выражение чувств, бедного эмоционального словаря, сниженной способности к распознаванию чувств), связь между соматизацией и социальной поддержкой становится незначимой. Выявлена значимая связь между общим показателем психопатологической симптоматикой и общим показателем социальной поддержки.
4. Данные многоуровневого исследования показывают, что феномен соматизации требует системного подхода и учета целого ряда семейных, личностных и интерперсональных факторов, а разработка программ психологической помощи должна опираться на систему связанных с ними мишеней.

РАЗДЕЛ III

МОДЕЛЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Глава 9
Эмпирические основания выделения системы мишеней психотерапии и психопрофилактики расстройств аффективного спектра

9.1. Сравнительный анализ данных эмпирического исследования клинических и популяционных групп

Выраженность психопатологической симптоматики в клинических группах

Как оказалось, пациенты с депрессивными расстройствами по показателям *Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL–90–R Дерогатис* отличались большей выраженностью различных симптомов не только от нормы, но и от двух других экспериментальных клинических групп – пациентов с тревожными и соматоформными расстройствами. На уровне статистической значимости имеются различия не только по шкале *депрессия*, но и по другим шкалам, *обсессивно-компульсивные нарушения, враждебность/агрессивность, паранояльное мышление, интерперсональная чувствительность* и *психотизм.* По средним значениям (но не уровне статистической значимости) тревожные опережают депрессивных по двум шкалам: *тревоги* и *фобической тревоги.* У соматоформных пациентов по сравнению с депрессивными и тревожными имеют место наиболее высокие значения по шкале соматизации. Общий индекс психопатологической симптоматики *GSI* у больных депрессивными расстройствами значимо выше по сравнению с этим показателем у больных тревожными и соматоформными расстройствами. Ниже приведены профили трех экспериментальных и одной из контрольных групп испытуемых (*рис. 7*).

Таким образом, у депрессивных пациентов помимо симптомов депрессии сильно выражено чувство гнева (шкала *враждебности* тестирует наличие вспышек гнева, импульсы причинить кому-либо телесные повреждения, ломать и крушить что-либо, кричать и швыряться вещами), а также навязчивые сомнения и трудности в принятии решений,

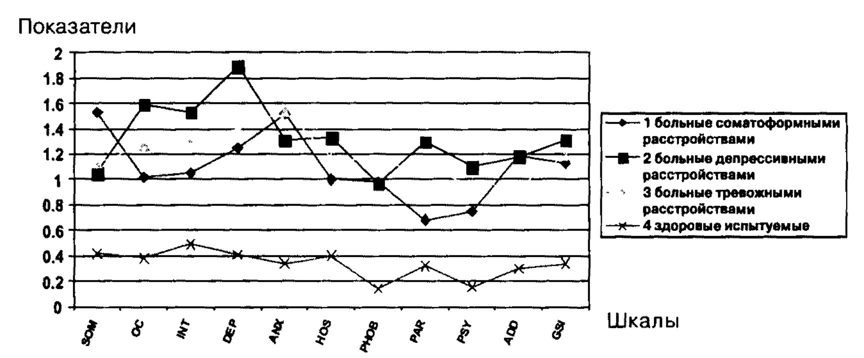


Рис. 7. **Выраженность психопатологической симптоматики у больных с депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами (Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R)**

повторяющиеся неприятные неотвязные мысли (шкала *обсессивно-компульсивной симптоматики*). Для пациентов с тревожными расстройствами особенно характерны нервозность, чувство страха и его физиологические корреляты (шкала *тревожности*), а также чувство страха в открытых местах и на улице, в метро и других видах транспорта, чувство неловкости в людных местах и страх остаться одному (шкала *фобической тревожности*). Пациенты с соматоформными расстройствами больше всего страдают от разнообразных соматических симптомов, таких как боли и неприятные ощущения в разных органах, а также чувство жара, озноба, слабости (шкала *соматизации*) и нервозности с ее физиологическими коррелятами в виде дрожи, учащенного сердцебиения, ощущения напряженности (шкала *тревожности*). *При этом пациенты депрессивными расстройствами отличаются от двух других групп более высокими значениями индекса общей выраженности психопатологической симптоматики (GSI).*

Семейные факторы

Исследование факторов семейного уровня на основе четырех-аспектной модели семейной системы выявило много сходного во всех трех группах пациентов. В аспекте *структуры* выражены нарушения связи между членами семьи, часто встречаются симбиотические отношения и разобщенность. Симбиотические отношения особенно характерны для тревожных и соматоформных больных. Семьи характеризуются также закрытыми границами, нарушениями в родительской

подсистеме. В детстве многие больные проживали в неполных семьях. Как среди больных, так и среди здоровых часто имеет место отстраненная периферическая позиция отца, который почти не принимал участие в воспитании (на это указала почти половина испытуемых в разных группах).

В аспекте *микродинамики* следует особо отметить высокий уровень родительский критики во всех трех группах – критиковали за ошибки, за проявления недовольства. Это приводило к хроническому ощущению у ребенка, что родители недовольны им. Индуцированию негативных эмоций у ребенка способствовала фиксация родителей на мелких промах и неудачах и часто высказываемые опасения по поводу возможных будущих неудач. При этом запрет на выражение эмоций был достаточно высоким. Таким образом, постоянное накопление негативных эмоций сопровождалось трудностями их переработки. Наиболее высокие показатели по шкалам *Опросника СЭК* отмечаются у больных депрессивными расстройствами.

В аспекте *макродинамики* все три группы отличает высокий уровень стресса в семейной истории. Исследование стрессогенных событий в трех поколениях семьи (актуальной, родительской, прародительской) показало, что тяжелые болезни родственников, а также жестокое обращение и драки чаще имели место в расширенной семье больных, чем у здоровых (расширенная семья – это три поколения, включая дедушек, бабушек, двоюродных братьев и сестер, а также тетей и дядей). В нуклеарной семье (это родители, супруги и дети испытуемых) также отмечается рост частоты стрессогенных событий. Отмечается большее, чем в норме количество алкголизирующихся членов семьи, больным чаще, чем здоровым приходилось проживать в неполных семьях. Группу соматоформных больных отличают особенно высокие значения показателя *ранние смерти*. Можно сделать вывод о высокой стрессогенности жизненного опыта пациентов, а также о накоплении семейного стресса в трех поколениях семейной системы.

В аспекте *идеологии* следует отметить во всех трех группах ценность благополучного фасада и правило не доверять окружающим людям, перфекционисткие ценности в виде культа успеха и достижений оказались особенно характерными для семей депрессивных и тревожных пациентов. В семьях депрессивных пациентов критическую позицию по отношению к детям занимали чаще оба родителя, а пациенты с тревожными расстройствами чаще имели поддержку со стороны матери.

Показатели уровня запрета на выражение чувств у родителей пациентов и у самих пациентов депрессивными и тревожными расстройствами близки между собой и значимо превышают показатели здоровых испытуемых. Это говорит о том, что тенденция к элиминированию эмоций из жизни одинаково характерна для пациентов и их родителей.

Описанные особенности родительской семейной системы тесно связаны с такой мишенью психотерапии расстройств аффективного спектра как проработка травматического опыта. Еще одной мишенью является осмысление этого опыта и его влияния на собственную систему убеждений и актуальные отношения с людьми. Описанные особенности родительской семейной системы не могли не отразиться на личностных особенностях в виде системы установок, а также на особенностях эмоциональной сферы. Важно отметить, что актуальные семьи пациентов воспроизводят многие из описанных дисфункций родительской семьи, т.е. многие негативные воздействия ближайшего окружения сохраняются и во взрослом возрасте.

Личностные факторы

На личностном уровне у больных всех трех групп можно зафиксировать преобладание негативных установок по отношению к эмоциям: показатели запрета на выражение чувств во всех трех группах превышали аналогичные значения контрольных групп. Важно отметить, что наиболее высокий показатель запрета на гнев отмечались у пациентов с депрессией, а наиболее высокие показатели запрета на страх – у больных тревожными и соматоформными расстройствами.

При сопоставлении с данными *Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R* обращает на себя внимание, что у пациентов с депрессивными расстройствами помимо эмоций тоски и тревоги (шкалы *депрессии* и *тревоги*) сильно выражена эмоция гнева и недовольства другими (шкала *враждебности*), а у пациентов с тревожными и соматоформными преобладающей является эмоция тревоги (шкалы *тревоги* и *фобической тревоги*). Сочетание высокой интенсивности эмоции с запретом на ее открытое выражение создает тяжелый внутренний конфликт и резко затрудняет переработку эмоций, создавая тем самым порочный круг, ведущий к их постоянному накоплению. *Наиболее высокий уровень негативного аффекта отличает больных с депрессивными расстройствами.*

Исследование личностных факторов расстройств аффективного спектра с помощью *Опросника ЗВЧ* позволяет сделать вывод о высоком уров-

не запрета на выражение чувств у пациентов, страдающих этими расстройствами. В соответствии с гипотезами исследования у больных соматоформными расстройствами изучались особенности организации аффективно-когнитивной сферы, прежде всего уровень развития базовых навыков эмоционального самовыражения и эмоциональной коммуникации (широта словарного запаса для выражения эмоций, способность к распознаванию эмоций других людей по мимике).

Высокие показатели алекситимии сочетались у больных соматоформными расстройствами с нарушением указанных навыков. Показатели шкалы соматизации коррелировали с указанными нарушениями базовых навыков эмоционального самовыражения и коммуникации, а частный корреляционный анализ установил их важный вклад в негативное влияние соматизации на интерперсональные отношения. Связь соматизации и алекситимии оказалась опосредованной негативным аффектом – симптомами депрессии и тревоги. *Все это позволяет сделать вывод относительно психологических факторов соматизацаии в виде высокого уровня негативных эмоций в сочетании с особым типом когнитивно-аффективной организации.*

У больных тревожными и депрессивными расстройствами тестировался уровень перфекционизма и враждебности. Исследование показало, что их отличают от нормы значимо более высокие показатели по обоим опросникам. Высокие стандарты деятельности сочетаются у этих пациентов с особым когнитивным стилем – негативным селектированием и поляризованным мышлением, что приводит к постоянному накоплению негативных эмоций – недовольству собой, трудностям получить удовлетворение от работы в силу сосредоточенности на результате, а не на содержании. Негативно окрашено также их восприятие окружающих людей – они видят их как завистливых, равнодушных и холодных.

Выделенные личностные установки и особенности когнитивно-аффективной сферы представляют собой важную систему мишеней при психологической работе с пациентами, страдающими расстройствами аффективного спектра. Для соматоформных расстройств можно говорить о задаче развития навыков эмоционального самовыражения и коммуникации, т.е. навыков психологической переработки эмоций. Для больных с депрессивными и тревожными расстройствами в качестве мишеней психологической работы выступают перфекционистские и враждебные личностные установки, а также когнитивный стиль, спо-

собствующий накоплению негативных аффектов и затрудняющий их переработку.

Интерперсональные факторы

У всех трех групп пациентов отмечается значимое снижение уровня социальной поддержки, сужение социальной сети и уменьшение ее ядра, включающего наиболее близких людей. Самые низкие показатели социальной поддержки отмечаются у пациентов с депрессивными расстройствами, что согласуется с их наиболее травматичным семейным опытом (различия с пациентами двух других групп статистически значимы, $p < 0{,}5$). В этой группе отмечаются особенно низкие значения показателя удовлетворенности социальной поддержкой по сравнению с двумя другими клиническими группами ($p < 0{,}001$), что согласуется с описанными в психоаналитических моделях депрессии выраженными трудностями интерперсональных отношений. Близкие доверительные отношения – основная проблемная сфера интерперсональных отношений у пациентов, страдающих расстройствами аффективного спектра. Анализ семейных и личностных факторов делает интеперсональные дисфункции пациентов понятными и объяснимыми.

Важно отметить, что дефицит инструментальной поддержки ощущают и отмечают больные депрессивными и тревожными расстройствами, в то время как больные соматоформными расстройствами не отличаются по этому показателю от группы здоровых. Кроме того, если больные депрессивными и тревожными расстройствами воспринимают имеющуюся у них поддержку как неудовлетворительную, то больные соматоформными расстройствами не жалуются на дефицит поддержки. *Это позволяет сделать важный вывод, что соматические симптомы дают этим пациентам возможность компенсировать дефицит эмоциональных контактов с людьми через инструментальные, материальные связи и отношения.*

Как показал частный корреляционный анализ, отрицательная корреляция соматизации с социальной поддержки становится незначимой при устранении влияния таких переменных как богатство эмоционального словаря, запрет на выражение чувств, алекситимия и распознавание эмоций по мимике. Речь идет о наборе навыков и способов поведения, важных для установления эмоционального контакта. Условная выгодность соматических симптомов, как провоцирующих окружающих на инструментальную помощь, может быть барьером в проведении лечения, если не работать с задачами осознания негативных по-

следствий такого способа получения поддержки, а также развития навыков эмоционального контакта с другими людьми.

Результаты регрессионного анализа данных исследования клинических групп

Для выявления взаимовлияния различных факторов многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра было проведено несколько серий регрессионного анализа на основе общей базы данных исследования клинических групп. Главной задачей регрессионного анализа была проверка влияния факторов семейного уровня, а именно, дисфункций родительской семьи в детском возрасте на дезадаптивные личностные убеждения, на дисфункции интерперсональных отношений и на выраженность психопатологической симптоматики. Регрессионный анализ показал влияние выраженности дисфункций родительской семьи в детстве на уровень перфекционизма ($p < 0,001$), социальной поддержки ($p < 0,001$) и выраженность психопатологической симптоматики ($p < 0,001$) у взрослых. Данные регрессионного анализа позволяют сделать следующие выводы.

Полученные модели, направленные на проверку влияния независимых переменных, отражающих различные семейные дисфункции, позволили объяснить 21% дисперсии зависимой переменной *общий показатель социальной поддержки* ($F = 34,13$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,208$) и 15% зависимой переменной «общий показатель перфекционизма» ($F = 15,600$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,153$), а также 7% дисперсии зависимой переменной «общий индекс тяжести психопатологической симптоматики» ($F = 4,641$; $p < 0,05$, $R^2 = 0,064$). Из переменных, описывающих семейные дисфункции, наиболее значимой оказалась независимая переменная *элиминирование эмоций*. Данные регрессионного анализа позволяют сделать вывод, что выраженность семейных дисфункций, прежде всего элиминирования эмоций и индуцирования недоверия к людям, способствуют формированию такой дисфункциональной личностной черты как перфекционизм, снижают способность к установлению близких и конструктивных интерперсональных отношений и повышают риск развития психопатологической симптоматики во взрослом возрасте.

Известно, что вклад независимой переменной в множественном регрессионном анализе определяется не только ее коэффициентом корреляции с зависимой переменной, но и ее уникальностью – относительной независимостью от других независимых переменных. Поэтому была оценена возможная коллинеарность независимых переменных – шкал

Опросника (*СЭК*) – относительно друг друга и доказано, что каждая из них вносит свой уникальный независимый вклад во влияние на зависимые переменные (общие показатели социальной поддержки, перфекционизма и выраженности психопатологической симптоматики). Наиболее влиятельной оказалась переменная *элиминирование эмоций,* значимый вклад в интерперсональные дисфункции вносят также переменные *индуцирование тревоги* и *индуцирование недоверия людям.*

Такая дисфункциональная черта как перфекционизм, в свою очередь, вносит вклад в снижение уровня социальной поддержки. Независимая переменная *общий показатель перфекционизма* объясняет более 6% дисперсии зависимой переменной *общий показатель социальной поддержки* ($F = 11{,}036$; $p < 0{,}001$; $R^2 = 0{,}062$), причем из всех шкал перфекционизма значимое влияние на снижение уровня социальной поддержки оказывает лишь одна – независимая переменная *страх несоответствия ожиданиям со стороны других людей.* Иными словами, люди, уверенные, что окружающие много ждут от них и испытывающие страх не оправдать эти высокие ожидания, испытывают значительные трудности в интерперсональных отношениях и получают недостаточно поддержки от других людей.

Соотнесение данных исследования клинических групп с данными популяционного исследования

Популяционное исследование было посвящено факторам *макросоциального уровня.* Исследование детской популяции школьников подросткового возраста позволило выделить две группы риска по расстройствам аффективного спектра: дети из социально неблагополучных семей и дети из классов с повышенной учебной нагрузкой. Эти группы позволяют высветить разные аспекты негативного влияния общества и семьи на эмоциональное благополучие детей. Первый связан с острым травматическим воздействием на психику ребенка алкоголизации, жестокого обращения и драк в семье и, в конечном счете, с ее распадом. Второй – с перфекционисткими стандартами и завышенными требованиями к ребенку, трансляцией дисфункциональных ценностей в виде культа успеха и достижений. При внешнем благополучии таких семей, здесь часто имеет место психологическое насилие. Данные о наличии двух типов семейных факторов расстройств аффективного спектра хорошо согласуется с данными исследования клинических групп. Согласно этим данным более трети пациентов были жертвами или свидетелями физического насилия, драк.

У родителей многих пациентов, также как и у родителей школьников с симптомами эмоциональных нарушений отмечаются высокие показатели перфекционизма. Совместное рассмотрение данных популяционного исследования школьников и данных исследования клинических групп с особой остротой ставит проблему семейных факторов и их связи с процессами в обществе. Профилактика расстройств аффективного спектра, прежде всего, связана с задачами социальной и психологической работы с семьями. Именно в семье закладывается психологическая уязвимость к эмоциональным расстройствам в виде дисфункциональных установок и убеждений личности, плохо развитых навыков психологической переработки негативных аффектов или эмоциональной саморегуляции. Как показывает исследование, это в значительной степени обусловлено высоким уровнем семейного стресса в сочетании с дисфункциями микродинамики, структуры и идеологии семейной системы подробно описанными выше.

Выраженность родительского перфекционизма прямо связана с выраженностью родительской критики и общим показателем семейных дисфункций (причем, по оценке самих родителей). Прямые вопросы к родителям о соотношении похвалы и критики часто не дают результата, так как родителям при прямом вопросе и в непосредственном контакте может быть трудно признаться в своей критичности, или же они ее недостаточно осознают (это подтверждается данными матерей депрессивных, которые оценивали себя как в большей степени склонных к похвале, в то время как в сочинении и свободной беседе высказывали много критических замечаний в адрес ребенка). Эти данные клинических групп полностью корреспондируются с данными популяционного исследования: при проведении популяционных исследований детей и родителей выявлена связь показателей родительского перфекционизма с негативной самооценкой детей в *Опроснике детской депрессии Ковак.*

На примере физического перфекционизма, как фактора эмоциональных нарушений (см. Гл. 6.4) хорошо видно влияние культуры на дисфункциональные личностные установки и убеждения. Рост числа людей, недовольных своим телом, в значительной степени обусловлен коммерчески выгодной рекламой стандартов чрезмерно худого тела с особыми пропорциями, так как это позволяет запустить целую индустрию средств для похудания и коррекции фигуры. Не учитывая этих мощных факторов воздействия на психику современного человека, невозможно оказывать эффективную психологическую помощь тем, кто зависим от этих

факторов и уже присвоил дисфункциональные ценности современной культуры в виде личностных перфекционистских установок.

Еще одной чертой современной культуры является пренебрежение эмоциональной жизнью, культ силы и сдержанности. Для интерпретации полученных результатов эвристичным представляется понятие негативной когнитивной схемы, введенное представителями современной когнитивной психотерапии (Бек с соавт., 2003). Можно говорить о том, что у пациентов с расстройствами аффективного спектра сформировалась негативная когнитивная схема, связанная с эмоциональной жизнью. Как уже упоминалось, данная схема характерна для современной культуры в целом. Роль культуральных факторов в ее происхождении подтверждается полоролевыми различиями (см. Гл. 6.5). Уровень запрета на астенические эмоции печали и страха у мужчин оказался выше, чем у женщин. Это повышает риск вторичной алкоголизации и суицидов, которые значимо преобладают в мужской популяции.

Таким образом, из трех клинических групп наибольшую тяжесть психопатологической симптоматики, а также наиболее выраженные личностные, семейные и интерперсональные дисфункции демонстрируют пациенты с депрессивными расстройствами. Семейные дисфункции в процессе воспитания (прежде всего элиминирование эмоций и индуцирование недоверия к людям) являются значимым предиктором формирования патологического перфекционизма, низкого уровня социальной поддержки и тяжести психопатологической симптоматики во взрослом возрасте.

9.2. Соотнесение полученных результатов с теоретическими моделями и эмпирическими исследованиями расстройств аффективного спектра и выделение мишеней психотерапии

Макросоциальные факторы

В проведенном исследовании получены важные данные о том, что широко дискутируемая на Западе проблема перфекционистских стандартов, как фактора депрессии (Blatt, 1995 и др.) превращаются в проблему дисфункциональных ценностей современного общества и негативно сказывается на эмоциональном благополучии детей и молодежи. При этом оказалось, что от негативного влияния перфекционизма не защищает высокий уровень материального благополучия.

Соотнесение данных по *Опроснику депрессии Ковак* у детей-сирот и детей из классов с повышенной нагрузкой не выявляет никаких разли-

чий (см. Гл. 6.2 и Гл. 6.3). Если соотнести эти данные с представлениями С. Блатта о интроективной (связанной с нарушением привязанности) и анаклетической (связанной с самокритицизмом) депрессии, то можно сказать, что полученные нами данные не подтверждают специфичность этих видов депрессии. В обеих группах одинаково выражены интерперсональные трудности, негативная самооценка и ангедония. Видимо, и перфекционизм, и утраты могут быть одинаково разрушительны для интерперсональных отношений и для самооценки.

Важными, на наш взгляд, являются данные о большем эмоциональном неблагополучии детей-социальных сирот, проживающих в условиях государственного учреждения, по сравнению с детьми из социально неблагополучных семей, в которых выражены алкоголизация и разные формы насилия (как показало исследование клинических групп насилие и жестокое обращение – значимые семейные факторы депрессии). В контексте исследований Дж. Боулби и его многочисленных последователей во всем мире это служит дополнительным обоснованием необходимости дальнейшего развития разных форм семейного жизнеустройства детей-сирот в России.

Данные А.В. Немцова, а также зарубежных исследователей (Меллер – Леймкюллер, 2004; Angst, Ernst, 1990; Havton, 2000 и др.) о том, что мужской пол в современной России представляет собой фактор риска по физическому и психическому здоровью, заставляют с особым вниманием отнестись к возможным психологическим факторам эмоциональной дезадаптации у мужчин. Одним из таких факторов, согласно данным нашего исследования, является высокий уровень запрета на выражение эмоций, прежде всего астенических (печали и страха), с которыми связаны стрессовые состояния, потребность в поддержке и помощи. Запрет на эти эмоции приводит к дефициту социальной поддержке и трудностям получения профессиональной помощи. Необходимо учитывать это в процессе психотерапии как важную мишень работы.

В популяционном исследовании мы ожидали, что у женщин в соответствии с культуральными стереотипами женского поведения будет выше запрет на эмоцию гнева. Однако высокий запрет в отношении эмоции гнева был зафиксирован как у мужчин, так и у женщин, более того он оказался самым высоким по сравнению с другими эмоциями. При соотнесении с данными клинических групп бросается в глаза, что высокий уровень запрета на гнев имеет место и в клинических группах, особенно у депрессивных пациентов. Интересно отметить, что по

этому показателю больные не отличаются от здоровых даже по средним значениям.

Можно сделать вывод, что представление о разрушительном влиянии гнева весьма характерно для нашей культуры. Между тем, как показала К. Хорни в своей концепции связи скрытой враждебности и тревожности, способность к конструктивному выражению эмоции гнева тесно связана с чувством уверенности и способности защищать свои границы. Это проливает свет на один из возможных механизмов широкого распространения депрессии в современном обществе с точки зрения психодинамической модели депрессии (см. Гл. 2.1).

Высокий уровень запрета ведет к накоплению гнева и высокому уровню скрытой враждебности, наличие которой подтверждается исследованиями факторов личностного уровня депрессивных и тревожных расстройств. В связи с этим одной из важных задач психологической работы представляется развитие навыков конструктивного выражения негативных чувств.

Семейный уровень

Родительский перфекционизм может быть одним из главных механизмов межпоколенной передачи депрессии в семье (Blatt, 1995). Однако остается неясным, что является отправной точкой – родители, которые устанавливают непомерно высокие стандарты и требования для своих детей, или восприятие детьми своих родителей, как ориентированных на достижения и очень критичных. Поэтому актуальны исследования связи выраженности родительского перфекционизма и симптомов депрессии у детей и взрослых.

Проведенные клиническое и популяционное исследования свидетельствуют о том, что расхождение между реальным поведением и образом себя характерно для матерей пациентов с депрессивными расстройствами. Сами пациенты видят их как очень критичных, что подтверждается реальным поведением родителей в виде большого количества негативных оценок в адрес ребенка при проведении структурированного интервью *РКО* для родителей и написании *Сочинения «Мой ребенок»*. Исследование показало, что в группу риска по депрессивному расстройству во взрослом возрасте попадают, прежде всего, те, у кого оба родителя придерживались такого деструктивного стиля взаимодействия с ребенком (Parker, Hardzi-Pavlovic, 1992). Это также полностью корреспондируется с нашими данными о том, что в отношении депрессивных пациентов много критики и мало тепла исходило как от матери, так и от отца.

В свете полученных нами данных относительно больных тревожными расстройствами проясняются некоторые противоречия результатов исследования больных тревожными расстройствами, полученные группами Дж. Паркера и Р. Рапе (Rapee,1997). Если Р. Рапе пришел к выводу о высоком уровне отвержения и жестоком обращении в семьях пациентов с тревожными расстройствами, то Дж. Паркер назвал стиль взаимоотношений в них «эмоциональные тиски» и подчеркивал высокий уровень опеки и контроля. Согласно нашим данным отцы в этих семьях занимали часто периферическую или чрезмерно критичную позицию, а матери – поддерживающую и сверхопекающую (поэтому различия данных могут быть обусловлены различиями в позиции родителей). В оценке поведения родителей самими родителями и пациентами с тревожными расстройствами меньше расхождений, они более согласованы по сравнению с оценками в семьях депрессивных.

Таким образом, в семьях тревожных пациентов чаще был хотя бы один родитель, занимавший поддерживающую позицию, а восприятие родительского поведения у детей и родителей было более конгруэнтным по сравнению с семьями депрессивных пациентов. Выделенные структурные нарушения в семьях тревожных пациентов с преобладанием симбиотических связей корреспондируются с данными отечественных авторов (Бобров, Белянчикова 1999, Самоукина, 2000).

Жестокое обращение и физическое насилие отличает от нормы все три клинические группы, что также хорошо согласуется с зарубежными данными (Declan, 1998; Scott et al, 1998 и др.), приведшими Дж. Паркера к необходимости выделения шкалы насилия при исследовании семейных факторов расстройств аффективного спектра. Согласно нашим данным, в семьях больных депрессивными расстройствами особенно часто встречались случаи алкоголизации, в семьях соматоформных больных было особенно большое количество ранних смертей. Это согласуется с данными других исследователей соматизации (Rief, Hiller, 1998), подчеркивающих, что фиксация на соматических ощущениях может быть связана с повышенной субъективной вероятности болезни в силу негативного пережитого опыта, а также социального моделирования.

Личностные факторы

Многие авторы подчеркивают, что отрицание и репрессия негативных эмоций тесно связаны с соматизацией. В нашем исследовании в частном корреляционном анализе была выявлена связь между выраженностью соматизации и алекситимии, опосредствованная негатив-

ным аффектом в виде депрессии и тревоги, что подтверждает это представление. При этом получает подтверждение как травматическая модель алекситимии (Krystal, 1988; Kleinberg, 1996), так и концепция социального моделирования (Berenbaum, James, 1994) – высокий уровень семейного стресса и выраженная тенденция к элиминированию эмоций в семьях больных соматоформными расстройствами согласуются с их сниженной способностью к осознанию и выражению чувств. Данные о накоплении стресса в семейной истории пациентов с соматоформными расстройствами, высокий уровень родительской критики и запрета на выражение негативных чувств детьми объясняют возникновение особой когнитивно-аффективной организации, характеризующейся уходом от собственного эмоционального опыта и трансформацией негативного аффекта в соматические симптомы.

В ряде исследований предприняты попытки выявить онтогенез «схемы опасности», заставляющей тревожных больных соответствующим образом контролировать социальное окружение и физическую среду. Например, описываются такие события как смерть близких родственников, их тяжелые болезни (Cottraux, Mollard, 1989). Имеются исследования, подтверждающие общие психологические факторы и сходное негативное влияние на социальное функционирование депрессивных и тревожных расстройств: это прежде всего сходные особенности раннего жизненного опыта и личностные черты (Brown, Harris, Eales, 1993; Tyrer, Seiverwright, Ferguson, Tyrer, 1992). Так, в одном из исследований было показано, что больные невротической депрессией и пациенты с тревожными расстройствами сходно оценивают уровень стрессогенности своей жизни (Allgulander et al, 1995).

Полученные в нашем исследовании данные о высоком уровне стрессогенности жизни у больных расстройствами аффективного спектра полностью согласуются с данными большинства исследователей. Опыт беспомощности – алкоголизация членов семьи в детстве, жестокое обращение, физические насилие пережили многие пациенты всех трех клинических групп. Однако, судя по данным других опросников, депрессивные пациенты имели особенно критичных родителей и получали особенно мало поддержки.

Итерперсональные факторы

Полученные данные о дисфункциях в интерперсональных отношениях согласуются с мнением ряда авторов об условной выгодности соматических симптомов в плане получения помощи (Uexkuhl, 1996).

Так, показатели инструментальной поддержки у больных соматоформными расстройствами не отличаются от таковых у здоровых испытуемых, в то время как у больных депрессивными и тревожными расстройствами эти различия достигают высокой степени статистической значимости.

Таким образом, получают подтверждение социально-психологические модели, согласно которым в нашей культуре соматические симптомы могут выступать в качестве способа коммуникации и построения межличностных отношений. Наиболее низкий уровень социальной поддержки отличает депрессивных пациентов, что хорошо согласуется с их особенно травматичным детским опытом.

Обобщение результатов эмпирических исследований как основа для выделения мишеней и задач психотерапии позволяет выделить *общие и специфические факторы расстройств аффективного спектра*, которые представляют собой мишени психотерапевтической работы. Различным мишеням могут быть поставлены в соответствие наиболее адекватные методы.

Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства имеют *ряд общих характерных особенностей* психопатологической симптоматики, дисфункций родительской семьи и интерперсональных отношений: у всех трех групп имеют место отчетливые пики по шкалам тревоги, депрессии и соматизации; накопление стрессогенных жизненных событий в трех поколениях семейной истории, выраженные дисфункции в родительских семьях в виде высокого уровня критики со стороны родителей и насилия в семье, высокий уровень запрета на открытое выражение чувств, а также дефицит доверительных отношений и эмоциональной поддержки. *Специфические* психологические факторы можно систематизировать в соответствии с уровнями многофакторной модели расстройств аффективного спектра и аспектами четырех-аспектной модели семейной системы.

1. *Семейный уровень.* Наибольшее количество дисфункций отмечается в родительских семьях депрессивных пациентов (повышенный уровень критики и отвержение со стороны обоих родителей), что подтверждает данные зарубежных исследователей о связи травматизации психики с предрасположенностью к депрессивным реакциям. Результаты регрессионного анализа доказывают наличие влияния выраженности семейных дисфункций на тяжесть психопатологической симптоматики.

Травматический опыт тяжелых жизненных событий и дисфункциональных отношений в семье требует проработки и осмысления, приемы работы с травматическим опытом накоплены в психодинамической традиции, с семейными дисфункциями – в системной семейной психотерапии.

2. *Личностный уровень.* Для больных соматоформными расстройствами характерен высокий уровень алекситимии, суженный эмоциональный словарь и трудности распознавания эмоций. Для больных тревожными и депрессивными расстройствами характерен высокий уровень запрета на выражение чувств, перфекционизма и враждебности, связанный с выраженными когнитивными нарушениями – поляризованным мышлением, фиксацией на негативном опыте, катастрофизацией и т.д.

   Методы компенсации нарушений аффективно-когнитивной сферы в виде различных искажений мышления разработаны в когнитивной психотерапии. Без решения этих задач переход к более глубокой работе затруднителен. Двухуровневая схема А. Бека (рис. 2, Гл. 2.3) предполагает переход от этапа работы с поведенческими дефицитами и искажениями мышления к работе с ранним травматическим опытом.

   Этот переход требует рефлексивной способности, что предполагает развитие способности к фокусировке на внутреннем опыте, а также ряда внутренних действий – остановка, фиксация и объективация собственных мыслей, их анализ в более широком контексте (см. Гл. 2.3). Дефицит навыков эмоциональной психогигиены при соматоформных расстройствах требует разработки специальных средств его компенсации, так как он представляет собой барьер для перехода к решению других задач психотерапии.

3. *Интерперсональный уровень.* У больных соматоформными расстройствами, в отличие от тревожных и депрессивных, не отмечается снижения уровня инструментальной поддержки. Наиболее выраженные интерперсональные дисфункции отмечаются у депрессивных пациентов, что согласуется с их более травматичным ранним опытом. Данные регрессионного анализа свидетельствуют о значимом влиянии таких семейных дисфункций как элиминирование эмоций в сочетании с индуцированием тревоги и недоверия к людям в родительской семье на качество интерперсональных отношений, выраженность перфекционистских установок и психопатологическую симптоматику.

Социально предписываемый перфекционизм (склонность видеть других как много ожидающих и критичных) также оказывает негативное влияние на качество интерперсональных отношений. Возможности работы с интерперсональными отношениями заложены в групповой динамически ориентированной психотерапии, они также должны быть специальным фокусом работы в индивидуальной психотерапии. Переход к этой работе требует развития навыков выражения и распознавания эмоций и рефлексивной способности, являющихся важными новообразованиями для перестройки интерперсональных отношений.

В табл. 75 представлена многофакторная модель расстройств аффективного спектра, обоснованная теоретическим анализом и эмпирическими данными, выделенные в ней факторы можно рассматривать как систему мишеней расстройств аффективного спектра, каждой из которых поставлены в соответствие определенные традиции и методы.

Выделенные факторы-мишени трансформируются в задачи, которые должна решать интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. Соответственно в качестве *задач интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра,* выделенных на основе теоретического анализа и эмпирического исследования, выступают: 1) развенчание патогенных культурных ценностей (культа сдержанности, успеха и совершенства), изменение негативных установок по отношению к эмоциям; 2) развитие навыков эмоциональной саморегуляции через поэтапное формирование рефлексивной способности к остановке, фиксации, объективации (анализу) и модификации дисфункциональных автоматических мыслей; 3) коррекция когнитивных искажений; 4) трансформация дисфункциональных личностных установок и убеждений: враждебной картины мира, нереалистичных перфекционистских стандартов, неверия в собственные силы; 5) проработка (осмысление и отреагирование) травматического жизненного опыта и событий семейной истории; 6) работа с актуальными дисфункциями структуры, микро- и макродинамики, а также идеологии семейной системы; 7) отработка дефицитарных социальных навыков, развитие способности к близким доверительным отношениям, расширение системы интерперсональных связей.

Решение этих задач предполагает выделение двух стадий работы: 1) когнитивно-ориентированной, сфокусированный на коррекции когнитивных нарушений и развитии рефлексивной способности; 2) глу-

Таблица 75

Многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза данных и выделения системы мишеней психотерапии

Уровни исследования	*Факторы депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств и мишени психотерапии*	*Тредиции психотерапии и клинической психологии*
Макросоциальный	Социальные стрессы, социальное сиротство, патогенные культурные ценности (культ силы, сдержанности, успеха, совершенства)	Социальный психоанализ
Семейный	1. Структура (симбиозы, разобщенность, коалиции, нарушения иерархии закрытые границы, слабая родительская подсистема, периферический отец) 2. Микродинамика (высокий уровень критики, низкий уровень тепла и поддержки, противоречивые требования и коммуникации, двойная связь, высокий контроль) 3. Макродинамика (накопление острых и хронических стрессов, семейные дисфункциональные сценарии) 4. Идеология (культ успеха и внешнего благополучия, перфекционизм, недоверие к людям, запрет на открытое выражение чувств, подавление инициативы)	Теория привязанности Д. Боулби Системно-ориентированная семейная Психодинамическая
Личностный	Перфекционистские стандарты, враждебная картина мира, запрет на выражение чувств, дефицит навыков эмоциональной саморегуляции	Когнитивно-бихевиоральная Экзистенциально-гуманистическая Психодинамическая Представления о рефлексии как основе саморегуляции (московская школа)
Интерперсональный	Узкие социальные связи, низкий уровень социальной интеграции, эмоциональной поддержки, ненадежная привязанность в отношениях с партнером	Социальный психоанализ, теория отношений В.Н. Мясищева, интерперсональная психотерапия Г. Клермана, Психодинамическая групповая психотерапия

бинно-ориентрованной, сфокусированной на проработке травматического опыта и интерперсональных отношений в опоре на новообразования предшествующего этапа.

Для соматоформных расстройств характерны фиксация на физиологических проявлениях эмоций при игнорировании их психологического содержания, выраженное сужение эмоционального словаря и трудности осознания и вербализации чувств. У этих пациентов отсутствует необходимая база для работы с когнитивными дисфункциями, прошлым травматическим опытом и интерперсональными отношениями. Когни-

тивному этапу работы с этими пациентами предшествует специально разработанный тренинг развития навыков психогигиены эмоциональной жизни. Главное новообразование – способность фокусироваться на внутреннем опыте и выработка средств его описания.

Таким образом, на основе проведенного исследования, результаты которого согласуются с наиболее надежными данными других исследователей, выделены основные мишени и задачи интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.

9.3. Основные итоги современных исследований факторов эффективности психотерапии

Анализ исследований факторов эффективности психотерапии позволил выделить наиболее достоверные (Холмогорова, Гаранян, Никитина, Пуговкина, 2009, 2010) и учесть их при планировании исследования. Эти данные были систематизированы нами в рамках трех блоков факторов, связанных: 1) с процессом; 2) с характеристиками клиента; 3) с характеристиками терапевта. Мы остановимся только на непротиворечивых выводах, относительно которых отмечается единодушие у разных исследователей, и которые, в связи с этим, особенно важно учитывать при организации исследования процесса психотерапии.

Факторы, связанные с характеристиками процесса

Общепринятый взгляд об отсутствии принципиальных различий в эффективности между разными методами не подтверждается при более дифференцированном анализе, особенно когда дело касается наиболее тяжелых состояний. Дискуссия о том, какие методы наиболее адекватны каким расстройствам и состояниям продолжается. В нашей модели мы постарались объединить преимущества различных методов, что позволяет сделать акцент на разных техниках и механизмах в зависимости от характера расстройства. Здесь мы выделим тот фактор, на важности которого сходятся все без исключения исследователи – это *терапевтический альянс.* Соответственно, этому фактору уделяется особенно большое внимание в исследованиях эффективности.

Еще один важный фактор успешности – *длительность процесса терапии:* позитивный результат, которого не удается достичь в краткосрочном режиме, может быть получен при увеличении сроков работы. На основании исследования, обобщившего большое количество разных данных (Lambert et al, 2001) можно сделать вывод, что

около 50% пациентов, начавших лечение в состоянии обострения, достигают клинически значимого улучшения после 21 сессии. После 50 сессий число пациентов, достигших клинически значимого улучшения, достигает 75%. Авторы обзора делают вывод, что количество сессий в лечении большинства психических расстройств не должно быть меньше 20, чтобы большинство пациентов достигали необходимого улучшения. Для многих пациентов количество сессий должно быть еще значительно увеличено. Эти данные представляют несомненный интерес для планирования объема психотерапевтической помощи, достаточного для достижения клинически значимого улучшения.

В большом количестве исследований подтверждено позитивное *влияние домашних заданий* на ход лечения и определенное преимущество видов психотерапии, предполагающих домашние задания (Burns, Spangler, 2000). Как отмечают авторы одного из обзоров (Beutler et al, 2000), лишь небольшое количество исследований не смогли подтвердить роль этой переменной в процессе психотерапии. Таким образом, вывод о пользе домашних заданий при высоком уровне комплаенса можно считать достаточно обоснованным.

Приведем данные исследования факторов процесса, проведенного К. Граве (Grave, 2006). Хотя предметом анализа здесь являлась успешность и неуспешность отдельных сессий, а не курса психотерапии в целом, полученные данные представляют значительный интерес в аспекте факторов эффективности процесса.

Более чем 8000 терапевтических сессий, проведенных и записанных на видео в клинике Берна, были разделены на две группы по критерию самочувствия клиента после сессии. Были выделены сессии, после которых пациент испытывал сильные негативные эмоции по отношению к обсуждавшейся проблеме. Эти сессии рассматривались как приводящие к сильной актуализации проблемы. Из этих сессий были, в свою очередь, выделены 30 сессий, во время которых пациент расценивал результат работы как положительный в плане своей способности к решению проблемы, а также (или) в плане переживания во время сессии проясняющего опыта. Были выделены также 30 сессий с плохим выходом по этим двум показателям. Каждая сессия была разбита на 10-минутные сегменты и все сессии были проанализированы посегментно на основе метода анализа терапии разработанного самим К. Граве. Все сегменты были проанализированы экспертами с опорой на набор оценочных шкал, метод был слепой, поскольку они не знали из какой сессии каждый кусочек.

Три оценочные шкалы были ориентированы на оценку того, насколько, насколько удовлетворяется потребность пациента в привязанности. Оказалось, что то, насколько удовлетворяется потребность пациента в надежной привязанности в то время, когда актуализируется его проблема и он испытывает сильную неконгруэнтность в плане своей способности ее решить, определяет, будет ли актуализация проблемы сопровождаться позитивным корректирующим опытом или чувством своей способности справляться с проблемой.

Шесть оценочных шкал направлены на оценку ресурсов пациента, которые активизируются в этот момент. Активизация этих ресурсов дает пациенту важный опыт относительно своей способности справляться с проблемой и самоподкрепления.

Общий вывод экспертного анализа: позитивный корректирующий опыт возникает только в тех случаях, когда актуализации проблемы сопровождается сильной тенденцией к активизации ресурсов.

Далее следовал поминутный анализ каждой сессии на основе специально разработанных критериев. Оказалось, что актуализация проблемы сама по себе не является самостоятельным фактором, важным является ее сочетание с таким фактором как активизация ресурсов.

В сеансах с хорошим результатом терапевт концентрировался преимущественно на конструктивных шагах к достижению цели, а не фиксации несоответствия между настоящим положением дел и целью. Было проведено сравнение самой лучшей сессии в курсе терапии с хорошим результатом и самой худшей сессии в курсе терапии с плохим результатом. Бросается в глаза разница в уровне активации ресурсов в успешной и неуспешной терапии. Речь идет об активации ресурсов клиента и активизирующих интервенций со стороны терапевта. Эта разница прослеживается на протяжении всего курса. Характерная особенность неудачных сеансов заключается в том, что терапевт пытается активизировать ресурсы клиента в конце сеанса, в последние десять минут.

При этом имеет место обратная корреляция между спонтанной активизацией ресурсов у клиента и активизирующими интервенциями со стороны терапевта: когда ресурсы пациенты не активированы, терапевт пытается их активизировать, когда же они активизируются спонтанно, то терапевт игнорирует это. Прямо обратное соотношение и корреляции в успешных сессиях. Центральная характеристика неудачных случаев – игнорирование или недостаточное внимание к ситуациям активизации ресурсов у пациента. В результате у пациента возникает дефицит удовлетворительного корректирующего опыта в процессе психотерапии и уровень его неконгруэнтности остается очень высоким, т.е. вторая важная мишень – «корректирующий опыт»

также остается в дефиците вследствие низкого уровня активации ресурсов.

Еще один параметр сравнения – соотношение активизации проблемы и активизации ресурсов – в случае успешных сессий этот процесс иосит синхронный характер и оба процесса примерно одинаковы по интенсивности, в случае неуспешных – активизация проблемы всегда значительно превышает активизацию ресурсов. В успешных сессиях активация ресурсов резко доминирует в начале и конце сессии. В середине сессии увеличивается активизация проблемы, а активация ресурсов немного снижается. В неуспешных сессиях постоянно доминирует активизация проблемы.

Таким образом, для успешных случаев терапии характерно особое соотношение активизации ресурсов и активизации проблемы в процессе психотерапии. Можно сделать вывод, что когда активация ресурсов превышает уровень активации проблемы, то повышаются шансы для переживания позитивного корректирующего опыта и одновременно повышаются шансы хорошего выхода психотерапии в целом. И наоборот, если актуализация проблемы не сопровождается активацией ресурсов, то шансы на переживание позитивного корректирующего опыта и удачного хода психотерапии снижаются.

К. Граве постулировал, что наиболее важными для успешной психотерапии являются активизация ресурсов и переживание корректирующего опыта, что снижает уровень неконгруэнтности между потребностями и возможностями их удовлетворения. Он также указывал, что этот аспект традиционно недооценивался психотерапевтами. Здесь уместно вспомнить, что еще в системе Гиппократа существовало понятие «kairos», означавшее ключевой момент в течении болезни, когда возможен резкий перелом в ее динамике, как в позитивную, так и в негативную сторону (Элленбергер, 2001). Искусство врача Гиппократ усматривал в способности улавливать эти моменты и пользоваться ими для помощи пациенту в преодолении болезни.

Как отмечает известный историк медицины Г. Элленбергер, хорошие психотерапевты всегда знали, что есть особое время, когда конкретный пациент внутренне готов к данному виду вмешательства, и такое вмешательство в этот момент будет успешным, тогда как до этого момента оно было преждевременным, а после – бесперспективным. По мнению К. Граве, психотерапевт будущего – это прежде всего мастер по активизации ресурсов, а не только эксперт по психическим расстройствам.

Факторы, связанные с характеристиками пациента

Очевидно, что не существует двух совершенно идентичных пациентов. Все они различаются по истории развития, социальным навыкам, интеллектуальному уровню, выраженности симптоматики, стремлению к изменениям и другим особенностям. Эти характеристики оказывают влияние на качество контакта, на процесс психотерапии и на ее результат. Современные исследования процесса психотерапии показывают, что характеристики пациента являются более важными факторами влияния, т.е. в большей мере обусловливают результат психотерапии, чем применяемые методы (Ablon, Jones, 1999; Blatt, Quinlanet al, 1995; Zuroff et al, 2000).

Характеристики пациентов, влияние которых на процесс психотерапии подвергалось исследованию и оценке, можно классифицировать следующим образом:

- Диагноз и степень тяжести симптоматики.
- Социодемографические характеристики.
- Личностные характеристики.
- Семейный контекст и интерперсональные характеристики.

Исследования этих факторов были подробно рассмотрены нами в специальном обзоре (Холмогорова, Гаранян, Никитина, Пуговкина, 2009), здесь мы приводим лишь итоги с основными выводами.

Диагноз и степень тяжести симптоматики

Относительно более высокий уровень негативного исхода лечения имеют пациенты с диагнозом пограничного и обсессивно-компульсивного личностного расстройства (Mohr, 1995).

В получившей широкую известность коллаборативной исследовательской программе лечения депрессии (*TDCRP – Treatment of Depression Collaborative Research Program*), предпринятой Институтом психического здоровья США (*NIMH*) 74% пациентов имели коморбидный диагноз личностного расстройства. В обзоре 27 различных исследований делается вывод: *наличие коморбидной личностной патологии ухудшает прогноз лечения депрессий* (McDermut и Zimmerman, 1998).

Не столь однозначный вывод делают исследователи влияния коморбидной личностной патологии на результат лечения тревожных расстройств (Brown et al, 1995; Chambless et al, 1997; Turner, 1987) Так, по данным плохой прогноз при лечении социальной фобии связан с наличием шизотипального, пограничного и избегающего расстройства, в то время как гистрионное и зависимое связаны с более благоприятным

исходом (Turner, 1987). Наиболее однозначные результаты получены относительно обсессивно-компульсивного расстройства: по данным разных авторов наличие этого коморбидного личностного расстройства существенно ухудшало результат лечения тревожных расстройств (AuBuchon, Malatesta, 1994; Jenike, 1990).

Хорошо согласующиеся данные получены относительно негативного влияния на результат психотерапии такого фактора как *тяжесть симптоматики* (Тукаев, 2004; Beckham, 1988; Beutler, Hamblin, 1986; Hoberman et al, 1988; Lambert, Anderson, 1996). Так, в уже упомянутом выше масштабном исследовании Института психического здоровья США (*TDCRP*) показано, что изначальная тяжесть депрессии, а также нарушения социального функционирования являются предикторами неоднозначного результата лечения. В случае тяжелых депрессий не первый план выдвигается комбинированное лечение – медикаментозное в сочетании с психосоциальными интервенциями. Более тяжелые депрессивные состояния требуют также большей продолжительности психотерапии (Shapiro et al, 1994). Более выраженная тяжесть симптоматики была связана с лучшим ответом на комбинированное лечение (медикаменты и психотерапия), и с худшим на монотерапию.

Социодемографические характеристики

Как показали самые разные исследования, *возраст* не оказывает сколько-нибудь существенного влияния на результат психотерапии, т.е. как пожилые, так и молодые люди эффективнее преодолевают болезнь при наличии психотерапевтической помощи. Возможные сомнения относительно лиц пожилого возраста способствовали проведению мета-анализов специально для групп пожилых людей, которые показали высокую эффективность психотерапии в этой возрастной группе (Scogin, McElreath, 1994). Причем примерно одинаковыми по эффективности оказались когнитивная, бихевиоральная и психодинамическая психотерапия амбулаторных пожилых пациентов, страдающих депрессией. Интересно, что та небольшая часть пациентов, которая сразу не дала положительного отклика на лечение, оставалась резистентной в течении двух лет, несмотря на продолжающееся лечение.

Социоэкономический статус как переменная влияния по разному оценивается в разных исследованиях. В одних констатируется отсутствие важной роли этого фактора (MacDonald, 1994), в других – прямая зависимость преждевременного прерывании лечения от уровня дохода и образования (Armbruster, Fallon, 1994). Относительно влияния пола

можно сказать, что оно не отмечается как значимый фактор в подавляющем большинстве исследований.

Личностные характеристики

Мы уже отмечали, что наличие коморбидного личностного расстройства зачастую связано с ухудшением ответа на терапию. Наряду с типологическим подходом к личности в современной науке интенсивно развивается параметрический подход, основанный на оценке выраженности отдельных личностных черт. Лучше всего исследованы характеристики личности, связанные с психодинамической традицией, такие как «сила Эго» (включает уровень зрелости и дифференцированности объектных репрезентаций, защитных механизмов и собственной идентичности) и «способность мыслить в психологических категориях» (psychological mindedness), однако данные относительно важности их влияния на эффективность психотерапии весьма противоречивы (Kernberg et al, 1972; Luborsky et al, 1980; Sexton et al,1990; Weber et al, 1985).

В современных исследованиях депрессивных и тревожных расстройств негативный прогноз лечения (как медикаментозного, так и психотерапии) связывается с такими личностными чертами, как *перфекционизм* (Гаранян 2006, 2010; Гаранян с соавт., 2001; Frost et al., 1993; Hewitt, Fleet, 1991) и *враждебность* (Абрамова с соавт., 2001; Гаранян, 2010; Гаранян с соавт., 2003; Fava, 1993).

Несколько исследований показали, что перфекционистские установки могут серьезно препятствовать получению помощи. Так, в программе Национального Института психического здоровья США (*NIMH*) *Depression Collaborative Research Program* сравнивалась эффективность трех форм лечения депрессий – интерперсональной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, традиционного клинического ведения с медикаментозным лечением имипрамином. Перфекционизм оказался значимым предиктором отрицательного результата для всех форм лечения, оцениваемого как по клиническим показателям, так и по самоотчетам (Blatt et al., 1995). Авторы оценили перфекционизм как «основной деструктивный фактор в краткосрочном лечении депрессий – медикаментозном и психотерапевтическом» (там же; P.131). Одно из объяснений столь негативного влияния перфекционизма заключается в том, что эти пациенты не развивают надежного терапевтического альянса (Zuroff, et al., 2000).

Высокий уровень враждебности пациента служит предиктором плохого рабочего альянса в обоих видах лечения, который, в свою очередь,

является основным условием хорошего результата (Krupnick et al., 1996). Одна из последних работ показала, что высокий уровень враждебности в супружеских коммуникациях служит предиктором плохого результата когнитивно-биохевиоральной терапии генерализованного тревожного расстройства (Shear, 2007).

Однако терапевтическая резистентность – не единственное последствие враждебности для пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Пациенты с интенсивной враждебностью отличаются худшими показателями соматического здоровья и большей склонностью к алкоголизации в сравнении с больными, демонстрирующими более позитивные установки по отношению к людям (Vandervoort, 1995; Heerlein et al., 1998).

Уровень субъективного дистресса, оппозиционность и сопротивление, а также совладающий стиль – это характеристики того, как пациенты решают возникающие проблемы. Есть некоторые свидетельства в пользу того, что высокий и средний уровень субъективного дистресса обладают мотивирующим действием и предсказывают более благоприятный ответ на психотерапию (Klerman et al., 1974; Lambert, Bergin, 1983; McLean, Taylor, 1992) Оппозиционность и сопротивление часто связываются с плохим рабочим альянсом и ухудшением ответа на психотерапию (Bishoff, Tracey, 1995; Miller et al., 1993).

Наконец, среди личностных характеристик, оказывающих определенное влияние на результат и длительность лечения, отмечаются ожидания от проводимого лечения (Lorr, Mc Nair, 1964; Lennard, Bernstein, 1960): позитивные ожидания в ходе лечения когнитивной терапией оказались напрямую положительно связаны с позитивным результатом лечения (Gaston et al., 1989).

Характеристики семейных и интерперсональных отношений

Одним из наиболее часто упоминаемых и исследуемых факторов успешности психотерапии, связанных с особенностями клиента, является качество его интерперсональных отношений (Luborsky et al., 1993). Эти отношения описываются представителями разных направлений психотерапии по-разному: одни больше внимания уделяют истории отношений с людьми, другие – представлениям и верованиям относительно окружающих, третьи – качеству социальной поддержки и особенностям актуальных отношений в социальной сети. Наконец, могут исследоваться и отношения с терапевтом в процессе психотерапии (терапевтический альянс), как предиктор успеха психотерапии.

Одной из наиболее широко признанных характеристик качества интерперсональных отношений является стиль поведения привязанности, который был выделен и описан в цикле исследований Дж. Боулби (Bowlby, 1969, 1980, 1988) и тесно связан с семейным контекстом. Пациенты с надежным типом привязанности воспринимают себя как компетентных в интерперсональных отношениях и ждут от других людей позитивного отношения. В исследовании, где все пациенты были отнесены к определенному типу привязанности на основе специальной методики, было показано, что надежная привязанность прямо связана как с более высоким уровнем социального функционирования и менее тяжелыми симптомами, так и с более успешными результатами психотерапии (Meyer et al., 2001).

Пациенты с ненадежной привязанностью чаще бывают резистентными к лечению, чаще испытывают трудности в обращении за помощью и использованием помощи, когда она предлагается (Dozier et al., 1996). Была обнаружена прямая связь между высокими показателями по шкале рабочего альянса и надежной привязанностью (Satterfield, Lyddon, 1988) и обратная закономерность для ненадежной привязанности.

Скорость формирования рабочего альянса также оказалась наибольшей у пациентов с надежным типом привязанности. Вместе с тем у пациентов с ненадежностью привязанностью могут наблюдаться значительные позитивные изменения в показателях рабочего альянса в процессе психотерапии (Eames, Roth, 2000). Так, в процессе аналитической психотерапии по О. Кернбергу, т.е. сфокусированной на работе с переносом, у двоих пациентов с пограничным личностным расстройством в течении года работы отмечалась позитивная динамика от ненадежного стиля привязанности к надежному (Diamond D., Clarkin J., Levine H., Levy K., Foelsch P., Yeomans F, 1999).

Анализ фрагментов записи психотерапевтических сессий показал, что способность пациента занимать активную позицию в процессе психотерапии и его заинтересованность оказывали позитивное влияние на исход психотерапии. Способность пациента к установлению рабочего альянса оказалась важным предиктором успешности психотерапии (Horowitz et al., 1981).

Таким образом, можно сделать вывод, что история интерперсональных отношений, а также актуальная способность пациента к хорошему рабочему альянсу являются важными предикторами успеха психотерапии.

Наконец, последняя переменная, роль которой оказалась значимой для результата психотерапии – социальная поддержка. В ее оценке одинаково важно как объективное наличие людей, составляющих социальную сеть пациента, как источник социальной поддержки, так и субъективная оценка пациентом удовлетворенности той поддержкой, которую он получает. Накоплено очень большое число однозначных свидетельств в пользу того, что социальная поддержка является важным буфером, предотвращающим повторные приступы, а также весьма существенным предиктором успеха психотерапии (George et al., 1989; Hooley, Taesdale, 1989; Longabaugh et al., 1993; Moos, 1990; Zlotnick et al., 1996). В целом можно сделать достаточно однозначный вывод: чем выше уровень воспринимаемой социальной поддержки, тем лучше прогноз лечения.

Было проведено исследование для более комплексной оценки вклада различных факторов, связанных с диагнозом, социодемографическими и личностными характеристиками, а также особенностями интерперсональных отношений клиента (Beutler et al., 2000). Из различных переменных были отобраны шесть наиболее значимых, а именно: 1) нарушение социального и когнитивного функционирования; 2) уровень субъективного дистресса (внутреннее состояние); 3) уровень социальной поддержки (наличие естественной системы социальной поддержки и ее позитивная оценка пациентом); 4) сложность (наличие коморбидных диагнозов) и хронический характер расстройства; 5) *reactance* - выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания (Brehm, 1976) и уровень сопротивления; 6) совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями).

Факторы, связанные с характеристиками терапевта

Как отмечают авторы обобщающего анализа исследований, касающихся роли личности психотерапевта, «на протяжении последних 20 лет было осуществлено концептуальное разделение влияния терапевта и влияния самого лечения как такового; первое рассматривалось как источник ошибок, второе – как специфический эффект» (Beutler et al 2000, p.227). Отмечается неправомерность такой методологической позиции, так как метод не существует сам по себе, а всегда является инструментом в руках конкретного специалиста. Авторы обзора подчеркивают, что на современном этапе исследований имеет смысл задаться вопросом: «Кто с кем и в каких условиях работает?». Исследование, посвященное сравнению, психиатров и психологов, занимающихся психотерапией выявило

незначительное преимущество психологов по параметру результативности психотерапевтического лечения (сила эффекта 0, 28).

Первые исследования фактора опытности терапевта (Пуговкина с соавт., 2009) не дали однозначных результатов о преимуществах опыта, видимо, в силу погрешностей в организации исследования. В более поздних исследованиях были обнаружены *несомненные преимущества опытных психотерапевтов над менее опытными* (Blatt et al, 1996; Luborsky et al., 1997, Propst et al, 1994), при этом разные терапевты различаются по успешности в работе с разным типом пациентов, что несколько сглаживает различия, связанные с опытом. Данные о важной роли опыта психотерапевта в успешности психотерапии подтверждаются более поздними исследованиями, касающимися конкретных расстройств. Так, однозначные результаты о значительном преимуществе опытных психотерапевтов были получены в мультицентровом исследовании результативности лечения пациентов, страдающих паническим расстройством (Hupert et al, 2001). Итак, наиболее надежные данные получены относительно важной роли опыта психотерапевта при лечении различных психических расстройств. Найти простые и однозначные связи между личностными характеристиками психотерапевта и результатом лечения исследователям не удалось.

Таким образом, обобщение наиболее достоверных результатов разных исследований факторов эффективности психотерапии позволяет представить их в виде таблицы (см. табл. 76). Они учитывались при разработке интегративной модели психотерапии.

***

Сопоставление результатов эмпирических исследований, рассмотренных в данной главе, с данными теоретического анализа позволяет сделать следующие ***выводы:***

1. Многофакторная модель расстройств аффективного спектра, включающая макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный уровни, является эффективным средством синтеза знаний о психологических факторах расстройств аффективного спектра.
2. Четырех-аспектная модель анализа семейной системы является эффективным средством синтеза знаний о психологических факторах семейного уровня.

Таблица 76

Основные результаты исследований эффективности психотерапии расстройств аффективного спектра

Основные характеристики терапевтической ситуация	*Факторы*
Характеристики процесса	
Отношения с терапевтом,	• терапевтический альянс, • активизация ресурсов пациента во время сеансов, • переживание позитивного корректирующего опыта во время сеансов,
Временные параметры,	• длительность курса психотерапии (для достижения клинически значимого улучшения более половины пациентов нуждаются в курсе не менее 20 сеансов),
Организационные параметры	• домашние задания (наличие домашних заданий значимо повышает эффективность психотерапии)
Характеристики пациента	
Социодемографические характеристики,	• не оказывают заметного влияния
Симптоматика и уровень стресса,	• наличие коморбидных диагнозов (прежде всего обсессивно-компульсивного личностного расстройства) и хронический характер расстройства (негативное влияние), • нарушение социального и когнитивного функционирования (негативное влияние), • высокий уровень субъективного дистресса (позитивное влияние),
Личностные характеристики,	• наличие таких личностных черт как выраженные перфекционизм и враждебность (негативное влияние), • надежная привязанность (позитивное влияние),
Характеристики семейных и интерперсональных отношений	• позитивные ожидания от лечения, • уровень социальной поддержки (наличие системы социальной поддержки и ве позитивная оценка), • reactance – выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания и уровень сопротивления (чем выше, тем ниже эффективность), • совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями)
Характеристики терапевта	
Социодемографические характеристики,	• не имеют существенного значения,
Профессиональная подготовка,	• психологи несколько успешнее, чем врачи, но больший эффект у тех, кто не выписывает лекарства,
Опыт работы,	• чем больше опыт, тем выше эффективность,
Личностные характеристики	• не имеют существенного значения, с разными пациентами разные характеристики могут давать разные преимущества

3. Психологические факторы расстройств аффективного спектра образуют сложную систему. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра требует комплексного учета факторов макросоциального, семейного, личностного и интерперсонального уровней, образующих систему мишеней.

4. Мишени интегративной психотерапии трансформируются в задачи, последовательность которых определяется логикой необходимых изменений – возникновением новообразований, которые являются базой для решения следующих задач. Сложность и многоплановость задач требует привлечения различных средств и методов психотерапии для их эффективного решения.
5. Система профилактики расстройств аффективного спектра у детей и молодежи предполагает развитие различных форм семейного жизнеустройства детей-сирот, а также просветительскую работу с образовательными учреждениями и родителями детей, направленную на расширение знаний о психологических факторах расстройств аффективного спектра и коррекцию перфекционистских стандартов.
6. Важным условием организации эффективной психотерапии является учет результатов многочисленных исследований эффективности психотерапии, проведенных за последние десятилетия, которые связаны с различными характеристиками процесса, терапевта и пациента.

Глава 10
Модель интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: этапы, задачи, факторы эффективности[1]

Модель интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра разрабатывалась в процессе совместной работы с Н.Г. Гаранян – моим постоянным котерапевтом по групповой и семейной психотерапии, начиная с 1989 г. Она описана в ряде публикаций, в том числе зарубежных (Холмогорова, 2005, 2006; Гаранян, Холмогорова, 1996; 2000; Холмогорова, Гаранян, 1994, 1996 а, б; 2002; 2006; Kholmogorova, Garanian, 1997 a,b; 1998, 2000). В эмпирическом обосновании этой модели, в проведении индивидуальной терапии и семейной психотерапии на ее основе, а также в исследовании факторов ее эффективности, участвовали сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии С.В. Воликова, А.А. Долныкова, И.В. Никитина, Г.А. Петрова, О.Д. Пуговкина, Т.Ю. Юдеева. Большинство пациентов находились на комбинированном лечении, диагностика пациентов в соответствии с критериями МКБ-10, а также медикаментозное лечение проводилось врачами-психиатрами Е.А. Бокаловой, Е.П. Дубровской, Т.В. Довженко, Л.В. Ким.

10.1. Основные этапы и задачи интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра

Как было показано в Гл.3, в соответствии с нормами неклассической науки в качестве одного из оснований интеграции подходов выступает представление о последовательности задач, решаемых в ходе терапии расстройств аффективного спектра и тех новообразованиях, которые являются необходимой базой для перехода от одной задачи к другой.

Интегративная психотерапия депрессивных и тревожных расстройств начинается с этапа психодиагностики, на котором в опоре на многофакторную модель с помощью специально разработанных интервью и диаг-

[1]Глава написана совместно с Н.Г. Гаранян

ностических инструментов выявляются конкретные мишени работы и ресурсы для изменений. Выделяются группы пациентов, требующие различной тактики ведения. У пациентов с высоким уровнем перфекционизма и враждебности вначале должны быть проработаны эти контртерапевтические факторы, так как они препятствуют установлению рабочего альянса и могут стать причиной преждевременного ухода из психотерапии. С остальными пациентами работа разбивается на две большие ступени: 1) развитие навыков эмоциональной саморегуляции и формирование рефлексивной способности на основе техник когнитивной психотерапии А. Бека и представления о структуре рефлексивного акта Н.Г. Алексеева; 2) работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями на основе техник психодинамической и системно ориентированной семейной психотерапии, а также представлений о рефлексии, как основе саморегуляции и активной жизненной позиции. Отдельно описывается модель психотерапии для пациентов с выраженной соматизацией, в связи со специфическими задачами, для решения которых нами совместно с Н.Г. Гаранян был разработан оригинальный тренинг развития навыков эмоциональной психогигиены (Холмогорова, Гаранян, 1996 а, б).

Следует особо подчеркнуть, что часто уже на первых стадиях работы необходимо привлечение семьи и проведение системно-ориентированной семейной психотерапии наряду с индивидуальными или групповыми сеансами. Это особенно важно, когда речь идет о детях и молодых пациентах, проживающих в родительской семье, а также во всех случаях, когда выраженные дисфункции актуальной семьи препятствует позитивным изменениям. Задачи семейной психотерапии вытекают из мишеней, описанных на основе четырех-аспектной модели расстройств аффективного спектра (см. табл. 75). В данной главе будут рассмотрены задачи индивидуальной и групповой работы с пациентами, страдающими расстройствами аффективного спектра.

I этап – психодиагностический

Работа с тревожно-депрессивными больными начинается с подробной беседы, в ходе которой выявляются следующие, важные для первичной разработки индивидуальной стратегии психотерапии мишени и ресурсы в опоре на имеющиеся исследования факторов расстройств аффективного спектра и эффективности их психотерапии.

1. *Соотношение физических и эмоционально-психологических факторов в представлении больного о причинах его заболевания (внутренняя картина болезни).* Многие больные, страдающие тревожными

(особенно паническими атаками) и депрессивными расстройствами, склонны акцентировать биологическое происхождение состояния («Устал», «Подорвал здоровье», «Страдаю невыявленной физической патологией»). Такая внутренняя картина болезни определяет установку больных на лекарственные или пассивные (гипноз) методы лечения при отсутствии запроса на активную психологическую помощь и интереса к самоисследованию. Такие больные нуждаются в дополнительном мотивировании и разъяснительной работе.

2. *Негативные последствия болезни для жизни больного* – сужение круга интересов, занятий, общения; избегающее поведение и т.д.
3. *Рефлексивность* – способность к самонаблюдению и самопониманию, отчету о собственных личностных особенностях, наличие психологических характеристик в образе Я, а также степень их ньюансированности и дифференцированности.
4. *Способность к вербализации чувств* – адекватные ответы на вопросы о чувствах в тех или иных проблемных ситуациях, наличие эмоциональных категорий в речи.
5. *Качество социальной поддержки* – качественная характеристика отношений с семейным и ближайшим социальным окружением, наличие доверительных связей в социальной сети, оценка дисфункций семейной системы на основе четырех-аспектной модели.
6. *Уровень мотивации к преодолению болезни и условная выгодность заболевания* – обеспечивает ли болезнь большую поддержку и внимание, и от каких обязанностей и жизненных трудностей оберегает.
7. *Широта интересов и характер ценностных ориентаций* – что составляет основное содержание жизни больного, что он любит и ценит, чем увлекается.
8. *Наличие контртерапевтических факторов в виде высокого уровня перфекционизма, враждебности или культа силы, создающих предпосылки для недоверия и конкуренции в отношениях с психотерапевтом.* Это позволяет отнести пациента к одной из двух категорий, требующих разных стратегий ведения – ориентированных на получение помощи (*группа А*) или бессознательно ориентированных на обесценивание помощи и конкуренцию (*группа В*). Если для первой группы пациентов возможен быстрый переход к когнитивно-ориентированному этапу психотерапии, то вторая группа требует введения специального дополнительного этапа работы, характеристика которого приводится ниже.

В целом, в плане прогноза терапии благоприятным является наличие таких ресурсов, как хороший рабочий альянс, психологическая картина болезни, мотивация к активному преодолению болезни, социальная сеть с достаточным количеством поддержки, широта интересов и связей с миром (Мясищев, 1960; Карвасарский, 2000). *Важными мишенями работы на разных ее этапах становятся семейные дисфункции, физическая картина болезни, узкий круг интересов и возможностей самоактуализации, условная выгодность болезни.*

II этап – первичной проработки контртерапевтических факторов

В психотерапевтической литературе подчеркивается высокая эффективность когнитивных и бихевиоральных техник в работе с эмоциональными расстройствами. Эти работы построены, в основном, на данных катамнеза прошедших психотерапию больных. Однако гораздо реже приводятся цифры отсева – процент больных, покинувших психотерапевта до завершения работы. Эти цифры представляют большой интерес и должны включать пациентов *группы В*. Эти больные бессознательно ждут возможности выиграть в конкуренции с терапевтом, доказав его беспомощность, или подтвердить свою враждебную картину мира, приписав терапевту непонимание, равнодушие или эксплуатативность («Использует для экономической выгоды или в научных целях»). Косвенным указанием на наличие такой установки служат отзывы больных о предшествующем опыте лечения у разных специалистов. Как правило, эти отзывы о результатах резко негативны («Ничем не помогло»), а о специалистах сверхкритичны («Он был занят только своими делами», «Меня не поняли»). Такое поведение должно насторожить психотерапевта в плане возможности принятия помощи таким пациентом без специальной проработки его конкурентных и враждебных установок.

Быстрый переход к использованию когнитивно-бихевиоральных техник позволяет этим больным добиться своих бессознательных целей, так как без осознания причин собственного первоначального сопротивления лечению они преждевременно знакомятся с инструментарием психотерапевта, который легко опорочить («Я понимал это и раньше, и сам это делал»; «Ваши методики не для меня»). Именно здесь следует, не торопясь с когнитивно-бихевиоральными интервенциями, использовать принципы психодинамической терапии – маркировку и проработку первичного сопротивления, выявление и первичную конфронтацию с бессознательными конкурентными и обесценивающими помощь установками.

Эффективный прием такой работы – это подведение больного к более осознанному решению – «Работать дальше или доминировать и болеть» – через определение психотерапевтической ситуации как точки такого выбора, а также анализ последствий этой игры для жизни и терапии. Тот же прием эффективен для проработки условной выгодности болезни, когда она настолько высока, что создает угрозу быстрого ухода из терапии. Если такой угрозы нет, эта проработка целесообразна на более поздних этапах, когда терапия блокируется установкой на болезнь.

В целом, данный этап является наиболее сложным и требует от терапевта внимательного и деликатного поведения, сочетающего принятие пациента и умение без лакировки обратить его внимание на препятствующие лечению внутренние проблемы. *Новообразованием на этом этапе является проблематизация пациента по поводу его истинной, более глубокой мотивации, препятствующей получению помощи.*

III этап – развитие навыков эмоциональной саморегуляции и формирование рефлексивной

Переход к целенаправленной работе с когнитивными процессами бывает возможен при налаживании образа жизни пациентов: режима труда и отдыха, уровня активности, питания, сна. Поэтому на данном этапе бывают необходимы информирование о болезни, путях ее преодоления и использование различных бихевиоральных техник в сочетании с медикаментозной терапией (см. подробнее Бек с соавт., 2003). Однако, как правило, все эти задачи тесно переплетены между собой.

Данный этап основан, прежде всего, на принципах когнитивной терапии, а также на разработках по развитию рефлексии как основы саморегуляции (см. Гл. 2.2 и Гл 2.3). В ходе него решаются следующие *задачи.*

1. *Выявление суммы проблемных ситуаций*, вызывающих тяжелые эмоции, и первоначальное тестирование способности больного регистрировать свои мысли и чувства в этих ситуациях.

   Например, ситуация утреннего пробуждения у депрессивного больного с ощущением собственной беспомощности и мыслями о своей неспособности справиться с задачами наступающего дня. Или ситуация поездки в метро для больного агорафобией с паническим расстройством, сопровождающаяся острым страхом, мыслями об опасной болезни, равнодушии людей и скорой смерти. В случае, если тестирование выявляет затруднения больных в вербализации своих чувств (чаще всего отмечается у больных с большим удельным весом соматического компонента в структуре жалоб),

ставится дополнительная задача тренировки в осознании и вербализации чувств (см. следующий параграф – краткое описание этапов и задач; подробное описание тренинга приводится в пособии Холмогоровой, Гаранян, 2006).

2. *Представление когнитивной модели расстройства* – информирование больного о связи эмоциональных состояний и хода мышления, ориентация больных на перестройку дисфункционального мышления. Для больных со склонностью к соматизации излагаются сведения о связи эмоций и вегетативных реакций, а также основные принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни (Холмогорова, Гаранян, 2002).
3. *Дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме* возникающих в этих ситуациях чувств и соответствующего им когнитивного содержания.

   Здесь наиболее адекватными являются домашняя работа (ведение специального дневника с регистрацией чувств и мыслей in vivo, т.е. в реальных жизненных ситуациях), а также моделирование проблемных эмоциогенных ситуаций во время групповых или индивидуальных сеансов (ролевое проигрывание, гештальт-техника «пустого стула») с называнием возникающих чувств и озвучиванием сопровождающих их мыслей.

   Приведем пример дифференциации эмоций в диффузном чувстве тяжести и дискомфорта у одной из наших пациенток С., страдающей страхом транспортной езды в течение семи лет.

   Пациентка озвучивает это чувство тяжести: «Больно, жалко, не знаю кого. Наверное, себя в прошлой жизни. Жалко Свету. Отец пил, маму гонял, вот отсюда у нее слабый характер». Терапевт просит пациентку дать более точное название своему чувству – «печаль, жалость к себе» – и повторяет ее слова, обращаясь к пациентке от имени обозначенного чувства, после чего просит сообщить о возникшей в ответ эмоциональной реакции. Теперь она сообщает о чувстве недовольства собой и опять озвучивает его: «У тебя есть слабости в характере, ты несовершенна». После прослушивания этого чувства пациентка сообщает о чувстве страха: «С тобой будут приключаться всякие неприятности – равнодушие людей, злоключения, в экстремальной ситуации останешься одна. Из-за твоей слабости страдают и дети».

   Развертывание этой гаммы чувств позволяет хорошо проследить динамику возникновения страха: через жалость к себе, акцентирование собственной слабости и беспомощности к катастрофи-

ческим взглядам на будущее, грозящее всевозможными неприятностями и принятие на себя ответственности за все их последствия для жизни своей семьи.

4. *Снятие внутреннего запрета на отрицательные чувства* и поощрение к их открытому выражению (размораживание аффекта).

Часто в процессе вышеописанной дифференциации чувств обнаруживаются очень сильные чувства горя или гнева, выражение которых блокировано. С целью их высвобождения и отреагирования терапевт эмпатически дублирует пациента с учетом известных ему подробностей истории жизни и особенностей личности больного. Тем самым терапевт стимулирует открытое и полное выражение горя в виде сетований, рыданий и слез или выражение гнева в виде крика и нанесения ударов по условному объекту гнева (обычно по пустому стулу). Иногда такая процедура отреагирования требует многократного повторения.

Так, пациент Е., страдающий кардиофобией с паническими расстройствами, практически непрерывно плачет на протяжении нескольких сеансов. Он вспоминает, как отец-алкоголик ежедневно избивал его, начиная с самого раннего детства и до 15 лет (возраста побега пациента из дома). При этом он ни разу не решился на открытый протест, и никто не защитил его от побоев. Работа терапевта во время этих сеансов заключалась в снятии чувства стыда перед этими слезами, стимуляции их и эмпатическом сопереживании. Пациенту было предложено написать письмо своему отцу и высказать в этом письме чувства гнева, ненависти и обиды, которые он никогда ие высказывал в жизни. Письмо не было отправлено, а писалось для отреагирования этих тяжелых, годами иакапливаемых чувств. Со слов пациента, на следующий год он смог впервые без тяжелого гнетущего чувства обиды и ненависти общаться с отцом, который очень изменился за эти годы и был любящим дедом.

5. *Дистанцирование от неадаптивных чувств и конфронтация с привычным способом когнитивной переработки событий.*

После выявления и отреагирования тяжелых чувств ставится задача разведения субъективного состояния и объективной реальности («Это не реальность так ужасна, а я катастрофически воспринимаю события» или «Мой прошлый тяжелый опыт и мои переживания не распространяются на мою настоящую жизнь»). Важно побуждать пациента рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности. Перед больным ставится задача возражать собственным дисфункциональным мыслям, например, во время вышеопи-

санного сеанса по дифференциации чувств. Такие возражения могут естественно провоцироваться терапевтом путем пробуждения в клиенте «ресурсной злости» на мысли о собственной слабости и никчемности (техника *up-dog*). Другой прием – вступление в сократический диалог с клиентом, побуждающий его усомниться в непогрешимости его взглядов на мир и самого себя.

6. *Систематическая конфронтация с дисфункциональными мыслями*, развитие навыков управления эмоциями на основе развития рефлексивной способности.

Поскольку дисфункциональные мысли и сопряженные с ними неприятные эмоции возникают у больных с депрессивными и тревожными расстройствами многократно в течение дня, чрезвычайно важно через постоянное самонаблюдение приучить пациентов отслеживать «пусковые» ситуации, свои чувства и мысли в них. Отметим, что эта работа не является самоцелью, а служит необходимой предпосылкой для самопонимания и управления своими состояниями. Она требует развития рефлексивной способности пациента, которая вначале отрабатывается в виде последовательности действий совместно с психотерапевтом.

Вначале у пациентов развивается привычка к фокусировке на внутреннем опыте – улавливании небольших перепадов настроения, четкой символизации этого опыта с помощью слов, обозначающих эмоции. Затем во внешнем диалогическом пространстве с психотерапевтом отрабатываются основные действия рефлексивного акта (рис. 3, Гл. 2.3): остановить и зафиксировать свои негативные мысли, установить связь между ними и определенными ситуациями, сделать их объектом анализа, поместив в более широкую систему отношений, конфронтироваться с ними в опоре на это расширение контекста.

Таким образом, постепенно развивается важный навык ведения внутреннего совладающего диалога. Для решения этой задачи используется ведение дневника с фиксацией пусковых ситуаций, мыслей и чувств (техника трех колонок) и техника систематической конфронтации (к вышеупомянутым трем колонкам добавляется колонка «альтернативного взгляда» на ситуацию (табл. 77) или две колонки – с аргументами «за» и «против» дисфункциональных мыслей (табл. 78). Последнее позволяет более глубоко проработать когнитивную «почву» дисфункциональных эмоций. Приведем пример такой работы (табл. 77).

Таблица 77

Пример из дневника больной с генерализованным тревожным расстройством и выраженными социофобическими реакциями

Ситуация	*Чувства*	*Мысли*	*Альтернативный взгляд*
У ребенка горячий лоб	Тревога	Надо же, неужели заболел. Ой, вдруг страшная болезнь, может даже умереть. А вдруг какие-то тяжелые осложнения. Наверное, это воспаление легких или еще какая-то тяжелая болезнь	Ну, заболел, ничего страшного. Всю зиму не болел. Имеет ребенок право поболеть. Все дети болеют, без этого не обходится. Поболеет – выздоровеет. Что заранее рисовать себе ужасы. Буду решать проблемы по мере их поступления
Сотрудники в моем кооперативе возобновили работу после ремонта помещения, а мне не позвонили	Тревога, негодование, страх	Начальник хочет от меня избавиться. Вдруг останусь без работы, а на одну зарплату не проживешь – полная нищета. Не смогу нормально кормить и одевать детей. Наша семья будет хуже других, будет ненормальная семья, ненормальная жизнь	Возможно, начальнику неловко было приглашать меня выйти в новое помещение, где такие плохие условия. Может быть, ему неловко за эти условия передо мной – единственной женщиной. Нужно позвонить ему самой. В конце концов, я могу найти и другую работу, у меня уже есть вариант. Нет худа без добра – это подтолкнет моего мужа

Таблица 78

Пример работы больной депрессией с негативными мыслями о своей несостоятельности

Аргументы «за»	*Аргументы «против»*
1. У меня мало контактов и поддержки	Это явление временное – это мое состояние депрессии, в котором мне трудно общаться. Но когда мне станет легче, я могу возобновить контакты. Есть, по меньшей мере, два дома, где мне всегда рады.
2. Я профессионально не состоялась. На меня была жалоба от родителей директору школы.	Меня любят мои ученики. Родители высоко ценят меня как педагога и были за меня горой в этом конфликте, отзываются обо мне в превосходных степенях. Нет профессионального краха – не срабатывает модель идеального педагога без права на ошибку или неодобрения с чьей-то стороны.
3. Дети болеют, я в этом виновата.	Если я делала что-то не так, это не означает, что ничего нельзя исправить. Не все в жизни моих детей зависит полностью от меня. Я дала детям много хорошего.
4. Не сумела выбрать правильное учение, жила неправильным путем, довела себя до такого состояния.	Не нужно подгонять жизнь к учению. Не существует абсолютно правильного образца. Я имею право на ошибку, в моей жизни было много тяжелого, что мешало мне. Сейчас у меня есть шанс в этом разобраться.
5. Нет истинной близости и душевной поддержки в семье	Мой муж помогает мне и любит меня, не всегда возможно полное понимание. Я слишком многого требую, мечтая об идеальной близости.

Приведем еще один фрагмент работы с дневником, содержащим пять колонок. В ситуации утреннего пробуждения (1 колонка) у депрессивной больной возникает чувство тревоги и безнадежности (2 колонка) со следующими мыслями (3 колонка): «Как же я справлюсь в этом состоянии со всеми требованиями жизни. К сорока годам осталась у разбитого корыта». В табл. 78 приводятся колонки 4 и 5 с аргументами «за» и «против» этих мыслей.

7. *Проработка сопротивления, обсуждение «условной выгодности болезни», акцентирование ресурсов решения проблем.*

На предшествующем этапе чаще всего усиливается сопротивление работе, так как больной сталкивается с необходимостью изменить привычные способы мышления, связанные с ними способы поведения и лежащую в их основе жизненную философию. Поэтому работа с сопротивлением нередко становится условием продолжения психотерапии.

Сопротивление может проявляться в виде сомнений в успехе терапии, падения энтузиазма в работе, плохого выполнения заданий, малого количества материала, приносимого для работы, и т.д. Сопротивление маркируется и обсуждается с больным. Распространенной причиной усиления сопротивления является также улучшение состояния, идущее вразрез с условной выгодностью болезни. Тут необходимо обсудить с больным, с какими трудностями он столкнется и что изменится в его жизни при выздоровлении, постараться совместно извлечь ресурсы для преодоления этих трудностей.

Важно подвести больного к осознанию данного момента в терапии как точки жизненного выбора – жить с невротическими ограничениями, создаваемыми болезнью, или столкнуться с необходимостью принятия своих проблем: необходимости налаживания отношений с людьми, преодоления своей зависимости и т.д. По выражению одного из наших пациентов, человек оказывается в данный момент терапии «между Сциллой болезни и Харибдой проблемы». Очень важно пробудить в пациенте веру в наличие ресурсов для решения встающих проблем, совместно извлекать эти ресурсы, выказывая поддержку и понимание. Так, больная агорафобией с выраженными социальными страхами пациентка З. сумела продолжить работу с терапевтом лишь после обсуждения путей решения задач, встающих перед ней в случае выздоровления: выход на работу, установление контактов с коллегами, самостоятельная жизнь без привычной помощи матери.

8. Наконец, завершает этот список *задача первичной формулировки личностных проблем* (мишеней дальнейшей работы) на основании типичных проблемных ситуаций и содержания когнитивной продукции.

   Например, больная С., систематически испытывающая страх остаться одной с мыслями о собственной беспомощности и слабости, подводится к формулировке проблемы зависимости. Пациент, для которого выполнение любой деятельности провоцирует тоску и недовольство собой с мыслями о собственной несостоятельности, о превосходстве других людей в этих видах деятельности, о необходимости сделать все на самом высоком уровне или не делать вовсе, подводится к проблеме перфекционизма. Больной постоянно сомневающийся в хорошем отношении к себе людей, в их искренности и порядочности, подводится к проблеме недоверия людям и собственной враждебности. Принятие этих проблем больными возможно при достаточном доверии терапевту и уверенности в его принимающем отношении.

При общем доминировании когнитивных задач на этом этапе, психотерапевт решает и психодинамические задачи, в частности, работает с сопротивлением. *Основным новообразованием этого этапа является развитие рефлексивной способности – способности к работе с собственным мышлением.*

IV этап – работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями

На этом этапе больному предлагается совместное с терапевтом исследование глубинных источников его дисфункционального мышления и выявление личностных проблем (зависимости, перфекционизма, враждебности и т.д.) на основе психодинамического подхода и системно ориентированной семейной психотерапии. Сама идея реконструкции таких источников в виде прошлого опыта и возникших на его основе личностных образований противоречит бихевиоральному подходу и наиболее ортодоксально ориентированным когнитивно-бихевиоральным подходам, фактически ограничивающихся рассмотрением текущих когнитивных процессов (предшествующий этап). Когнитивные подходы, идущие по пути интеграции с динамически или глубинно ориентированными подходами, ставят задачу выявления базовых когнитивно-личностных образований, определяющих текущие дисфункциональные мыслительные и аффективные процессы (Бек с соавт. 2003; Guidano, 1988; Liotti, 1988). Важным представляется выявление источников этих

образований в прошлом опыте, поэтому на глубинно-ориентированном этапе решаются следующие ***задачи:***

1. Проведенная на предшествующем этапе работа по выявлению характера дисфункциональных переживаний и содержания сопровождающих их мыслей и сформированная в результате этой работы способность к рефлексии позволяют перейти к *выявлению и формулировке дисфункциональных убеждений* – устойчивых представлений о себе, о мире, об окружающих людях. Система этих представлений представляет собой концепцию жизни, в соответствии с которой человек не только думает и чувствует, но и принимает жизненно важные решения, совершает те или иные поступки, строит свои отношения с миром, т.е. система убеждений определяет ситуативно возникающие чувства, мысли и поведение. В процессе психотерапии проделывается обратная реконструкция – от ситуативных мыслей и чувств к их глубинным источникам. Так, анализ повторяющихся в различных ситуациях мыслей тревожного больного о недоброжелательном настрое окружающих, постоянное ожидание презрения и насмешек вместо понимания и помощи подводит к формулировке следующих возможных убеждений: «Нельзя доверять людям», «Человек человеку волк, каждый в этой жизни только за себя». Анализ мыслей депрессивного больного о собственном несовершенстве, никчемности с постоянным эмоциональным фоном недовольства собой может привести к формулировке следующих убеждений: «Я не имею права на ошибку», «Я должен все делать на самом высоком уровне, иначе я не достоин уважения» и т.д.

Приведем еще примеры типичных убеждений больных с расстройствами аффективного спектра.

- Я должна все делать «на пятерку».
- Если кто-то иегативно оценил меня, значит, я ничего не стою.
- Я отвечаю за все, что происходит в этой жизни.
- Любое недомогание может быть началом, серьезной болезни.
- Я слабый, неспособный самостоятельно справляться с трудностями жизни.
- Люди заняты только собой, равнодушны, презирают слабых.
- Людям нельзя доверять.
- Я не имею права на ошибку, я всегда должен быть на высоте.
- Если кто-то не обращает на меня внимания, значит он презирает меня.
- Любая ошибка может иметь серьезные и тяжелые последствия для дальнейшей жизни.

Этот список можно было бы продолжить. А. Бек и А. Фриман (2002) выделяют типичные убеждения, соответствующие разным личностным акцентуациям, которые также важно учитывать при работе с тревожными и депрессивными расстройствами как почву, на которой последние возникают. Так, тревожное расстройство у пациентки с чертами нарциссического личностного расстройства развивается на фоне повышенной потребности во внимании и восхищении со стороны окружающих, в чувстве собственного превосходства. Ее глубинное убеждение: «Я из особого теста, у меня все должно быть по-особому». Ситуация измены мужа вызывает у больной ощущение крушения своего жизненного замысла и чувство ненависти к мужу, связанное, прежде всего, с тем, что он сделал из нее обычную женщину с обычными проблемами – женщину, которой изменил муж. Несмотря на раскаянье мужа, возникшая тревожно-депрессивная реакция переросла в тяжелое тревожное расстройство со страхом транспортной езды.

Важно проанализировать выявленные базисные посылки на предмет их безусловности и однозначности, привлекая жизненный опыт самого больного и опыт знакомых ему людей: случаи бескорыстной помощи со стороны других, примеры позитивной роли ошибки для приобретения опыта, ситуации, где зависимый больной проявил самостоятельность и компетентность, и т.д., т.е. речь идет об опыте, противоречащем дисфункциональным убеждениям и подводящем к альтернативному взгляду на людей, на себя и на мир. Происходит как бы повторение приема систематической конфронтации (см. симптоматически ориентированный этап), но на этот раз не с ситуативными мыслями и чувствами, а с лежащими в их основе устойчивыми жизненными установками.

Эффективным является прием анализа последствий тех или иных убеждений для жизни человека и его отношений с людьми. Так, представление о собственной исключительности, ложная ценность личного превосходства тешат самолюбие вышеупомянутой больной, но обрекают на полное одиночество и патологические эмоциональные реакции при любых серьезных жизненных неудачах или проблемах, от которых никто не застрахован. Пациентка подводится к осознанному выбору – жить дальше со своей привычной жизненной философией и всеми вытекающими из нее последствиями или же попытаться осмыслить и изменить ее. *Приобретенная*

на предшествующем этапе способность занять рефлексивную позицию по отношению к собственным когнитивно-аффективным образованиям, является необходимым новообразованием, без которого невозможна описанная работа по самоопределению и осознанной перестройке дисфункциональных убеждений.

Уже в процессе анализа повторяющихся тем, мыслей и чувств, а также первичной формулировки своих глубинных убеждений, у многих пациентов спонтанно возникают идеи об источниках своей жизненной философии в прошлом опыте, прежде всего, внутри родительской семьи.

2. Для систематического исследования источников жизненной философии ставится задача *исследования семейного контекста в трех поколениях.*

Здесь мы, прежде всего, опираемся на традицию системной семейной психотерапии. Согласно этой традиции, именно анализ поколений позволяет вскрыть дисфункциональные семейные сценарии, установки и представления, передающиеся из поколения в поколение и превратившиеся в прочно укорененные и не подлежащие сомнению мифы и ценности. В системной семейной психотерапии разработан и адекватный прием для такого анализа – метод генограмм (Боуэн, 2005; Эйдемиллер, Юстицкис, 2000).

Генограмма – это рисунок семьи в трех поколениях со специальными условными обозначениями пола, возраста, характера взаимоотношений и т.д. В процессе семейной реконструкции методом генограмм важно расспросить о чувствах, связанных с каждым членом семьи, о наличии стрессогенных событий в жизни семьи и способах их семейной переработки, о характере взаимоотношений между разными членами семьи, о семейных ролях («взрослый ребенок», «глава семьи», «жертва», «виновник всех бед» и т.д.), о широте и характере социальных связей семьи (границы семьи) и т.д.

В процессе сбора такой информации выяснилось, что для больных расстройствами аффективного спектра характерен повышенный индекс таких стрессогенных семейных событий, как тяжелые болезни, ранние смерти, алкоголизация кого-то из членов семьи, наличие семейных тиранов и самодуров.

Так, больная М. 33-х лет с канцерофобией указывает на сиротство деда по линии отца (отец пропал без вести во время войны, мать рано умерла), на раннюю смерть деда по линии матери от диабета и сестры матери от

ишемической болезни сердца, на раннюю смерть первой жены отца и его систематическую алкоголизацию с жестоким избиением матери. Алкоголизация характерна и для других родственников по линии отца матери. Граиицы семьи всегда были очень жесткими – скрывали от посторонних пьянство и семейные скандалы, никогда не рассказывала об этом и никому из специалистов-врачей. М. росла без близких подруг, стыдилась пьянства отца. При создании собственной семьи привыкла жертвовать своими семейными отношениями ради родителей (как приносила себя в жертву отцу ее мать), в результате чего резко ухудшились отношения с мужем. Мать требует внимания к себе и негативно настроена по отношению к зятю. Сейчас все интересы больной сосредоточены на единственном восьмилетнем сыне, без которого «жизнь теряет смысл». Испытывает панический страх при мысли о том, что с сыном может что-нибудь случиться или что она заболеет тяжелой болезнью, а сын останется сиротой, подобно ее отцу. Отношения с мужем дистанцированные и конфликтные, с матерью – симбиотически зависимые. Такие же симбиотические отношения установились с собственным сыном, у которого уже отмечаются проблемы со сверстниками.

Анализ семейного контекста ставит задачу осознания источников тревоги и страха перед любыми недомоганиями в насыщенной болезнями и ранними смертями семейной истории, замкнутостью членов семьи друг на друга, узостью контактов с внешним миром. Характерное для больной недоверие к людям и страх перед контактами становятся понятными в свете традиционно замкнутого образа жизни семьи с установкой на сокрытие семейных проблем. Встает задача преодоления зависимости пациентки от собственной матери, укрепления отношений с мужем, сближения между мужем и ребенком, расширения социальных контактов семьи.

Анализ семейной истории помогает больной осознать источники своих дисфункциональных убеждений: «терпи и жертвуй собой ради родных», «жизнь опасна и полна страданий», «не доверяй людям», «любое недомогание чревато опасными последствиями». Здесь явно просматриваются семейные источники внутренней враждебности и ипохондрических установок больной.

Анализ семейной истории больной В., страдающей депрессивным расстройством, показывает, что женщины играют в этой семье доминантную роль, детям из поколения в поколение адресуются высокие требования, много критики, мало эмоционального тепла и поддержки. Границы семьи жесткие, стремление быть во всем на высоте способствует изоляции от контактов в ситуациях кризисов и неудач, т.е. именно тогда, когда поддержка нуж-

нее всего. Наша больная перестала звонить кому-либо, «так как не может рассказать ничего хорошего о себе». В ее семейной истории явно прослеживаются источники перфекционизма и конкурентности, отраженные в следующих убеждениях: «Надо быть всегда на высоте и не показывать слабости», «Скрывай от других свою душевную боль», «Человек или властвует, или подчиняется – отношения партнерства невозможны».

Формулировке дисфункциональных убеждений с одновременным осознанием их источников нередко помогают приемы психодраматической семейной реконструкции (семейная скульптура с озвучиванием «посланий» от каждого члена семьи), а также озвучивание «посланий» родителей, женских или мужских ролей – в зависимости от выявленных в ходе сбора генограммы болевых точек семейной истории.

Особенно важно зафиксировать и озвучить противоречивые взаимоисключающие «послания», способствующие росту тревоги и парализующие активность.

Например, больная Ф. с синдромом генерализованной тревоги так озвучила родительские послания:

Мать: Ты слабая, болезненная, тебе надо беречь себя, избегать перегрузок и перенапряжения.

Отец: Ты должна многого достигнуть, я хочу тобой гордиться, если делаешь что-то, то делай на самом высоком уровне.

Болезнь становится для этой больной решением ситуации с двумя несовместимыми требованиями от самых значимых близких, превратившимися в конфликтные внутренние убеждения.

Другой пример родительских посланий больного со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (страхом тяжело заболеть, опозориться в ответственной ситуации, быть осмеянным в компании и т.д.):

Отец: Нельзя допускать ошибок, любая ошибка может привести к жизненному краху, надо, все взвесив, принимать единственно правильное решение, будь осторожен.

Мать: Нельзя доверять чужим, люди только и ждут, чтобы ты споткнулся, чтобы посмеяться над тобой, слушайся близких.

Приведем пример самостоятельной работы больной с агорафобией и выраженными социофобическими реакциями по формулировке убеждений на основе анализа собственных мыслей и в стрессогенных ситуациях с одной стороны, и осмысления семейного и жизненного контекста – с другой.

Таблица 79

Пример работы с дневником больной с агорофобией и социальными страхами (выделение убеждений и их источников)

1	2	3	4	5
Ситуация	***Чувство***	***Мысли***	***Убеждения***	***Альтернатива***
Пробуждение утром	Тревога	Как же я проживу целый день? Тяжело жить, делать что-то, не дай Бог куда-то ехать, не справлюсь.	*Жить надо трудно.* Это свекровь изо дня в день повторяла, что нельзя сидеть ни минуты, надо бежать по делам – много в жизни проблем, и их надо решать каждое мгновение.	Кто сказал, что я должна галопом мчаться куда-то, обязательно делать что-то, решать. Можно сосредоточиться на каждой минуте проживаемого дня, понемногу решать проблемы и получать удовольствие.
Выход из подъезда	Тревога	Люди плохо обо мне подумают – у меня плохая фигура, походка. Со мной что-то случится, упаду, никто не поможет.	*Ты должна быть на высоте, иначе тебя не будут уважать.* Мамина посылка, что должна быть совершенством во всех отношениях. У меня была очень хорошая фигура в юности, мать этим очень гордилась. *В любую минуту может стать плохо.* Мама болела бронхиальной астмой, приступы начинались неожиданно. *Люди не помогут.* Когда мама лежала в больнице в тяжелом состоянии, я в 9 лет осталась одна – отец уехал, тетки тащили из дома вещи. Я голодала, никто мне не помог.	Вряд ли кто-то будет меня рассматривать – люди заняты своими делами и заботами. Многие находят меня привлекательной, кругом много полных женщин, и никто не показывает на них пальцем. Мысли о плохой фигуре и походке от моей неуверенности и высокой требовательности. Я вполне здоровая женщина, почему мне должно стать плохо? Мне много и бескорыстно помогали. Люди разные – хороших и бескорыстных больше, чем плохих.
Проезд в транспорте, музей, театр	Жуткий страх	Люди будут смотреть на меня, но я несовершенна, мне будет стыдно за себя, со мной что-то случится, упаду – люди будут осуждать: «Вырядилась, а сама чем-то болеет». Надо спрятаться, я хуже всех, ниже всех.	*Ты ничего не стоишь, люди будут тебя презирать, ты станешь предметом насмешек и издевательств.* Посылка из детства в школе. Во дворе все знали, что у меня неблагополучная семья, я была плохо одета, многие меня сторонились, благополучные девочки обходили меня стороной, в школе смеялись, дразнили.	Вряд ли кто-то будет меня изучать, в метро многие спят или читают. У меня нормальная одежда, я не помню, чтобы кто-то над ней смеялся. Я взрослая, хорошо одетая женщина, способная постоять за себя, а не девочка-замарашка.

Таблица 79 (окончание)

1	2	3	4	5
Неожиданные ситуации, требующие моей активности	Тревога	Я не смогу справиться с ситуацией, я не достаточно сильная, не найду выхода.	*Ты слабая, не способная справляться с трудностями жизни.* В детстве много раз возникали неожиданные ситуации, папа устраивал дебоши и драки, я защищала маму от взрослого мужчины. Был страх, что не справлюсь.	Я много раз была в тяжелых ситуациях и находила какие-то выходы, много раз приходилось потом отстаивать свои права, и мне хватало и физических сил, и силы слова. Я не маленькая слабая девочка.

Больная получила задание подытожить свои дневниковые записи перечислить наиболее типичные ситуации, вызывающие тревогу, описать свои мысли и чувства в этих ситуациях, сформулировать лежащие в их основе глубинные убеждения и описать прошлые события и отношения, ставшие источниками этих дисфункциональных убеждений, и, в завершение работы, найти альтернативный взгляд на ситуацию.

3. Следующая задача этого этапа, также требующая развитой рефлексивной способности, – *соотнесение дисфункциональной жизненной философии с текущими личностными и жизненными проблемами и тренинг альтернативных способов поведения.*

   Приводя примеры различных убеждений и их семейных источников, мы старались обозначать их связь с текущими проблемами. Так, в последнем примере основные убеждения (жить надо трудно, ты должна быть совершенной, ты слабая, неспособная справиться с трудностями жизни, ты ничего не стоишь, никто не поможет) определяют такие проблемы больной, как перфекционизм и зависимость. Отчетливо просматривается здесь и когнитивная тревожная триада – «Я слаб, жизнь опасна, люди враждебны». Важно, чтобы больной сам открыл эти связи и увидел свои проблемы в историческом контексте, контексте развития. Ничто так не расшатывает представление о незыблемости тех или иных представлений как взгляд в исторической перспективе, где они имеют начало, а, значит, могут иметь и конец.

Однако само по себе осмысление и переоценка своего прошлого недостаточны для освобождения от него. Прошлое надо не только осмыслить, но и оплакать. Как правило, психотравмирующий характер прошлого требует катарсического отреагирования. Вместе с тем, по-

мимо эмоционального отреагирования, пациенту необходим реальный новый опыт позитивных человеческих отношений. Рациональная переработка эффективна тогда, когда она дополнена переживаниями истинного, глубокого доверия и понимания между терапевтом и пациентом и между членами группы. *Новообразованиями этого этапа является самоопределение и осознанная жизненная позиция, освобождение от накопленных негативных чувств и интеграция прошлого опыта, а также обретение опыта доверительных отношений или в групповой работе, или в отношениях с психотерапевтом.*

V этап – выработка новых системы убеждений и средств решения проблем

На этом этапе тренинг альтернативных способов поведения в виде бихевиоральных заданий и упражнений совмещается с глубинной работой – формулировкой альтернативных убеждений – изменений представлений о себе, о других, о мире.

Например, убеждению о недопустимости ошибок противопоставляется альтернативное убеждение в неизбежности и необходимости ошибок как иеизбежного спутника освоения нового и как важного источника опыта. Пассивная больная составляет расписание занятий, тактических и стратегических задач: самостоятельная поездка в транспорте, сбор информации о работе, переезд от родителей и т.д. Пациент с поведением избегания социальных контактов составляет список звонков, которые он сделает в такие-то сроки, назначает даты приема гостей или похода в театр. Больной с тоскливым безрадостным аффектом предписываются задания, приносившие ей ранее удовольствие – массаж, горячая ваниа, чтение любимой книги. При этом при выполнении заданий больным предписывается следить за своими мыслями и чувствами и в случае необходимости использовать приемы систематической конфронтации, а также эмпирическим путем убеждаться в несостоятельности прежних дезадаптивных убеждений (например, о собственной неспособности справляться с трудностями, о враждебности других людей) и т.п. Терапевт при этом подчеркивает ценность и необходимость собственных усилий и необходимость длительной систематической работы для преодоления сложившихся стереотипов эмоциональных реакций, мышления и поведения.

Новообразованием этого этапа являются новые средства решения проблем, альтернативные взгляды и убеждения, освобождение от власти прошлого. Активирующие бихевиоральные задания часто необходимы и в начале работы для перестройки депрессогенного образа жиз-

ни, однако на заключительных этапах в центр выдвигается задача более систематической перестройки привычных жизненных стереотипов.

Отметим в заключение, что помимо семейного опыта больного, пережитых им стрессов и событий важным источником дисфункциональных убеждений является культура, т.е. более широкий социальный контекст, в котором существует и сам больной, и его семья. Проработка этого источника убеждений тоже очень важна, так как само собой разумеющимися кажутся именно те установки, которые одобряются и поддерживаются обществом в широком смысле. Так, как показывают исследования, перфекционизм поощряется современной культурой, перфекционисткие убеждения являются эгосинтонными для большинства пациентов, что требует особого внимания к ним (см. Гл. 6.3–6.4).

Существует большая специфика работы в зависимости от диагноза пациента и его текущего состояния, которой мы здесь не касаемся. Работа может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом формате, часто необходимо подключение системно ориентированной семейной психотерапии. При наличии хороших ресурсов, оценка которых производится уже на первом, диагностическом этапе, работа может ограничиваться 8–15 сеансами в режиме раз в неделю, иногда она ограничивается только когнитивным этапом. При наличии личностного расстройства, неблагоприятной жизненной ситуации, незначительных ресурсов и тяжелого травматического опыта, число сеансов может существенно увеличиваться. Задача этого параграфа – дать общее представление о предлагаемых путях интеграции различных подходов в работе с больными тревожными и депрессивными расстройствами. В следующем параграфе (Гл. 10.2) будет описана специфика работы с пациентами, у которых в картине болезни преобладают соматические симптомы и внутренняя картина болезни преимущественно соматическая. Это, прежде всего, больные с соматоформными расстройствами, но среди них могут быть также больные с тревожными и депрессивными расстройствами.

Данные катамнеза

Были собраны катамнестические сведения у 64 пациентов, прошедших курс психотерапии на основе интегративной модели. Более трети пациентов параллельно проходили курс семейной психотерапии. Длительность катамнезов от одного года до пяти лет. Возраст пациентов варьировал от 18 до 55 лет, большинство пациентов были женщины (90%). Все пациенты страдали расстройствами аффективного спектра (депрессивными и тревожными), 25% имели место коморбидные рас-

стройства зрелой личности. Курс психотерапии варьировал от нескольких месяцев до года в режиме один раз в неделю.

По результатам катамнеза 62,5% опрошенных больных были трудоустроены и активно работали после прохождения курса, у 75% отмечается стойкая ремиссия. 18% наших пациенток находились в декретном отпуске и отпуске по уходу за ребенком. 62,5% опрошенных имеют увлечения помимо своих профессиональных занятий. В качестве конкретных изменений, возникших благодаря психотерапии, 75% отмечают положительные изменения в своей семейной ситуации (женитьба, замужество, рождение ребенка, сокращение конфликтов в семье). 72% опрошенных оценили свое физическое самочувствие как хорошее, 28% как удовлетворительное. Актуальное психологическое самочувствие оценили как хорошее 78% опрошенных, как удовлетворительное – 16%, как плохое – 6% (после длительного периода благополучия эти пациенты отмечали некоторое ухудшение на фоне стрессогенных жизненных событий). 47% опрошенных полностью удовлетворены своим физическим и психологическим состоянием, 47% – частично и 6% не удовлетворены ими.

Большинство больных (81%) непосредственно связывают произошедшие позитивные перемены с прохождением курса психотерапии.

Таким образом, были выделены основные этапы интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра, на которых возникают новообразования, являющиеся условием перехода к каждому следующему этапу. Данные катамнестического исследования подтвердили эффективность разработанной модели.

10.2. Основные этапы и задачи интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией

Как было показано ранее (см. Гл. 2.1), динамическая модель работы с расстройствами с выраженной соматизацией многое черпает из когнитивного подхода. Когнитивная модель соматизации явно игнорирует все факты, связанные с психотравмирующим прошлым опытом и дисфункциональными семейными паттернами больных соматоформными расстройствами (см. Гл. 2.2). Концентрируясь почти исключительно на когнитивном стиле больных, авторы этой модели не прорабатывают источники этого стиля, не касаются выраженных межличностных трудностей больных. Между тем алекситимные пациенты испытывают большие трудности в отношениях с другими людьми, так как не научились

адекватно дифференцировать эмоции и не научились выражать их. Индивидуальная терапия, как правило, недостаточна для компенсации этого дефицита. Отсутствие запроса на психологическую работу, физиологическая картина болезни требует введения особого информационно-мотивирующего этапа.

В опоре на сформулированные в предшествующей главе мишени психотерапии были сформулированы следующие психотерапевтические задачи: 1) помощь в понимании психологических механизмов своего заболевания и обретения смысла психологической работы; 2) тре-

Таблица 80

Концептуальная схема этапов интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией

Этапы	***Задачи***	
	Когнитивные	***Психодинамические***
I СТУПЕНЬ	***РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ***	
1 этап. Информационно-мотивирующий ***Новообразования:*** обретение смысла психологической работы, самоопределение – осознанный выбор позиции по отношению к болезни и лечению	1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоционвльной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. 2. Проблематизация и презентация метода групповой психотерапии.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса.
2 этап. Тренинг осознания и выражения чувств ***Новообразования:*** способность к фокусировке на внутреннем мире, средства символизации эмоционального опыта	1. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям. 2. Осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни. 3. Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения. 4. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса. 3. Обучение обратной связи. 4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.
3 этап. Тренинг управления эмоциями ***Новообразования:*** рефлексивная способность к остановке, фиксации и объективации автоматических мыслей	1. Презентация когнитивного и психодинамического способов совладания. 2. Отработка навыков когнитивного совладания. 3. Подготовка к работе с убеждениями.	1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем. 2. Поощрение выражения и отреагирования негативных эмоций.

Таблица 80 (окончание)

II СТУПЕНЬ	***РАБОТА С СЕМЕЙНЫМ КОНТЕКСТОМ И МЕЖЛИЧНОСТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ***	
4 этап. Рефлексивно-позиционный анализ ***Новообразования:*** способность анализировать собственную позицию, соотносить ее с позицией других, самоопределение – осознанный выбор позиции в группе, обретение опыта доверительных отношений	1. Формулировка убеждений, связанных с позицией в группе. 2. Работа с мыслительными искажениями.	1. Определение позиции каждого из участников. 2. Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы. 3. Работа с сопротивлением, обсуждение «условной выгодности» болезни. 4. Анализ последствий позиции и связанных с ней убеждений для жизни и процесса психотерапии. 5. Состаалелие «копилок» индивидуальных и групповых проблем и тем. 6. Смена позиции ведущих на более пассивную.
5 этап. Проработка семейного контекста ***Новообразования:*** освобождение от накопленных негативных чувств, самоопределение – осознанный выбор позиции в жизни	Исследование источников убеждений и их более полная формулировка.	1. Анализ семейного контекста (ролей, правил, норм) в трех поколениях. 2. Выявление родительского программирования (требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей). 3. Выяаление, отреагирование и проработка детского психотравмирующего опыта и реакций переноса.
6 этап. Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов ***Новообразования:*** Новые средства решения проблем, активная позиция по отношению к ним, освобождение от власти прошлого	Выработка новых убеждений и отработка новых поведенческих стратегий и навыков.	Устаноаление отношений между актуальными проблемами и семейным контекстом.

нировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, развитие рефлексивной способности; 3) проработка жизненного и семейного контекста проблем; 4) проработка межличностных затруднений, не осуществляемая в групповой когнитивно-бихевиоральной терапии в отличие от психодинамической. Первой и второй задаче соответствуют в большей мере когнитивные задачи, третьей и четвертой - психодинамические.

Таким образом, психотерапевтический процесс разбивается на две ступени: 1) когнитивную, на которой доминируют когнитивно-бихевиоральные задачи, а психодинамические играют подчиненную роль; 2) психодинамическую, где указанная пропорция изменяется. Переход к глубинной психологической работе (II ступень) возможен только на основе первой ступени, после тренировки способности к самонаблюдению и пониманию своих чувств, а также развития рефлексивной способности. Они выступают в качестве необходимых новообразований для перехода к следующим задачам. В табл. 80 описаны основные этапы и соответствующие им когнитивные и психодинамические задачи.

I этап – Информационно-мотивирующий

На этом этапе психотерапевты *знакомят больных с моделью психологических механизмов их заболевания*, что соответствует используемой в когнитивной терапии процедуре «презентации модели». Они рассказывают, используя конкретные случаи и примеры, о *принципе реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентами эмоций* (чем меньше эмоция осознана и переработана на психологическом уровне, тем сильнее выражен ее физиологический компонент в виде различных неприятных телесных ощущений и вегетативных дисфункций), а также о *принципе порочного круга* (действующего по схеме: неприятные эмоции слабой интенсивности – телесный дискомфорт – фокусировка внимания на нем – мысли тревожного содержания – усиление отрицательных эмоций – усиление телесного дискомфорта и т.д.). С больными подробно обсуждаются *общие законы эмоциональной жизни* (непрерывность, потенциальная осознаваемость, выражаемость и управляемость эмоций) и последствия нарушений правил эмоциональной психогигиены для физического и психического здоровья. Затем психотерапевты знакомят больных с методом групповой психотерапии (презентация модели помощи), развивающим самопонимание и понимание других и на этой основе способность к регуляции своих состояний и отношений с другими людьми.

Уже на первом информационном занятии необходимо создать предпосылки для атмосферы доверия и открытости, делая первые шаги по снятию страха и стыда, связанных с диагнозом «невроз» (путем информирования пациентов о распространенности невротических состояний, об их культуральных источниках, приглашения выздоровевших больных, которые открыто рассказывают о своем опыте болезни и лечения). Таким образом, делается первый шаг к установлению рабочего

альянса через принятие и осознание больными целей, которые необходимо решить в ходе психотерапии.

Основными новообразованиями первого этапа являются пробуждение интереса к психологическому аспекту жизни, повышение готовности к психологической работе, расшатывание мифа о соматической природе заболевания, самоопределение по отношению к болезни и лечению.

II этап – тренинг в осознании и выражении чувств

Главная задача на этом этапе состоит в *развитии соответствующих навыков*. Предварительно мы проделываем специальную групповую работу по изменению негативной установки по отношению к эмоциям (развенчание культурых мифов, первичная конфронтация с убеждением «чувствовать опасно»). Введение этого этапа представляет собой отход от традиционной схемы когнитивной психотерапии, где после представления модели сразу следует работа с когнитивными аспектами эмоций (например, регистрация так называемых автоматических мыслей). В результате специальных упражнений и вопросов больные начинают понимать собственные трудности в осознании и выражении чувств как проблему. Именно эти трудности делают невозможной работу с когнитивными компонентами эмоций. Поэтому мы вводим специальный этап, направленный на развитие *навыков маркировки эмоций* через расширение эмоционального словаря больных и фокусировку их внимания на модусе переживания, а также навыков дифференцировки различных эмоций в сложной гамме чувств с помощью приемов озвучивания, дублирования эмоций и т.д.

Работа на этом этапе происходит по принципу «здесь и теперь», т.е. маркируются и выражаются эмоции, возникающие в процессе специальных упражнений и спонтанных взаимодействий в группе. Параллельно происходит обучение участников групп адекватным формам обратной связи друг другу, что также не относится к когнитивным формам групповой работы, а больше соответствует динамическим. Необходимость установления рабочего альянса подчеркивается и когнитивно-бихевиоральными, и психодинамическими терапевтами, хотя само понятие было введено в психоанализе. В данной модели совмещается «совместное экспериментирование» как основа альянса в когнитивной психотерапии и строгость сеттинга, безоценочность, санкционирование самораскрытия, заимствованные из психодинамического подхода. Для подготовки к более углубленной психодинамической работе психотерапевты отслеживают основные формы сопротивления в виде опозданий, жалоб на скуку или непонимание, а также реакции переноса в

виде чрезмерных ожиданий от лидера. Тематические содержания, которые спонтанно всплывают в группе (тема бессилия, общечеловеческой враждебности, противопоставления сильных и слабых), фиксируются с целью последующей проработки.

В результате второго этапа больные входят в лучший контакт со своими чувствами, что может привести к усилению психологических симптомов депрессии и тревоги при уменьшении физиологических жалоб. *Основные новообразования этого этапа: способность к фокусировке на внутреннем мире и выработка средств символизации внутреннего опыта.*

III этап – тренинг управления эмоциональными состояниями

Этот этап начинается с презентации двух типичных для больных *способов дисфункционального эмоционального поведения*, условно названных нами «игнорирование» (отрицание самого факта негативных переживаний и фиксация лишь на физических ощущениях) и «индуцирование» негативных эмоций (продуцирование мыслей негативного содержания, усиливающих исходную эмоцию). Эти способы презентируются в форме терапевтического спектакля, где два терапевта взаимодействуют в ролях «человека» и его «чувства», что облегчает больным узнавание собственных способов обращения со своими эмоциями и идентификацию тех ситуаций, когда возникает такое дезадаптивное поведение. Таким образом, каждый больной по аналогии начинает создавать «копилку» или набор собственных проблемных ситуаций и соответствующих им эмоциональных и когнитивных процессов.

В качестве инструмента управления эмоциями предлагается *способ когнитивного совладания,* включающий навыки: а) маркировки эмоций при их слабой интенсивности; б) дифференциации конкретных эмоций в сложной гамме неясных, трудно вербализуемых чувств дискомфорта, тяжести, напряжения; в) регистрации автоматических мыслей, сопутствующих неприятным переживаниям; г) дистанцирования (разведения своих мыслей и объективной реальности); д) конфронтации с неадаптивными мыслями и развития альтернативной логики. Все эти шаги по совладанию с тяжелыми эмоциями наглядно демонстрируются в форме диалога между терапевтами, разыгрывающими роли «пациента» и его «чувства». Затем в процессе терапии идет отработка этих навыков с каждым больным. *Таким образом, формируются навыки рефлексивной саморегуляции, происходит постепенная интериоризация действий по остановке, фиксации и объективации собственных мыслей, развивается способность к альтернативному взгляду – помеще-*

нию своих мыслей в более широкий контекст, что делает возможным их перестройку. Домашние задания по ведению дневника с фиксацией ситуаций, вызывающих негативные чувства, самих этих чувств и связанных с ними мыслей – важный компонент поэтапного формирования рефлексивной способности. Вначале пациентов просят отслеживать ситуации, вызывающие неприятные эмоции, затем фиксировать эмоции и мысли, их сопровождающие, а затем анализировать их – вести внутренний совладающий диалог. Такие задания значительно ускоряют процесс психотерапии, так как способствуют самостоятельной отработке шагов-составляющих рефлексивного акта – основы эмоциональной саморегуляции.

На этом этапе терапевты не ограничиваются фиксацией сопротивлений, реакций переноса и групповых тем, но и маркируют их для участников группы.

Возросшая способность к самопониманию позволяет, с одной стороны, лучше управлять своими актуальными чувствами, с другой – приводит больных в соприкосновение с ранее отчуждаемым травматическим жизненным опытом и соответствующими тяжелыми переживаниями. Поэтому в результате третьего этапа на фоне общего улучшения состояния и редукции симптоматики нередко отмечается увеличение сопротивления дальнейшей работе, например, так называемый эффект бегства в здоровье *Основным новообразованием этого этапа является развитие рефлексивной способности к остановке, фиксации и объективации автоматических мыслей.*

IV этап – рефлексивно-позиционный анализ

Интерпретация и проработка отмаркированного на предыдущем этапе сопротивления как защиты от болезненных переживаний позволяют перейти к более глубокой работе. *Проработка позитивного и негативного переносов на терапевтов* – идеализации, связанной со сверх-ожиданиями, и агрессии, связанной с разочарованием, – также способствуют уменьшению сопротивления, увеличению доверия и создают условия для проработки других переносов в группе.

Обсуждаемый этап нельзя однозначно отнести ни к одному из двух рассматриваемых подходов, хотя психодинамические задачи здесь выходят на первый план. Роль рефлексии в лечении явно подчеркивается в когнитивном понятии «дистанцирование» и в утверждении З. Фрейда, что для успешного лечения необходимо, чтобы пациент наблюдал за собой как бы со стороны, как за другим человеком. Однако пред-

ставление о рефлексии как механизме саморегуляции, включающем определенную последовательность действий, которые можно целенаправленно формировать и тем самым закладывать новую организацию мышлению, способность к опосредствованию впервые было детально разработано в отечественной традиции (см. Гл. 2.3).

На этом этапе групповой работы уже накоплен достаточный материал в виде различных индивидуальных и межличностных проявлений, периодически всплывающих групповых тем, которые становятся предметом анализа и осмысления. Задача терапевта – *стимулировать собственную рефлексию участников при минимуме интерпретаций.* Работа направлена иа осознание своей позиции в группе (а, значит, и в жизни) и вытекающих из нее проблем. Одним из важных приемов в этой работе является использование социометрических шкал (например, доверия – недоверия, интернальности – экстернальности и т.д.), на которых каждый находит свое место. Кроме того, каждому предлагают заполнить таблицу, в которой он сопоставляет себя по позиции с другими членами группы (похож - не похож, в чем именно различия). Следующий шаг – анализ последствий, вытекающих из той или иной позиции для процесса терапии и для жизни. Важным итогом является понимание связи своих проблем с занимаемой позицией. Основным средством осознания позиции и проблем является групповая обратная связь. Проиллюстрируем все это на примере. В процессе социометрии выявляется связь позиции «наблюдатель» с такими внутренними проблемами как дефицит доверия, враждебность, фасадность. Обратная связь помогает понять те чувства, которые эта позиция вызывает у других людей (недоверие, отчужденность), а затем, в свою очередь, вскрываются вытекающие из нее последствия для процесса терапии (невозможность проработать собственные проблемы) и для жизни (отсутствие близких доверительных отношений, одиночество).

Традиционная когнитивная задача выявления и формулировки убеждений и анализа их последствий хорошо согласуется с задачей выявления позиции, так как позиция включает два важнейших аспекта: 1) внутренний или ценностный – стоящая за той или иной позицией жизненная философия, отражающаяся в убеждениях; 2) внешний или поведенческий – конкретные поступки и действия, интеракции с другими людьми. Иными словами, *позиция* рассматривается в данной модели психотерапии как *жизненная философия в действии.*

В той мере, в какой человек осознает собственную жизненную философию, и, соответственно, сознательно выбирает ее, он свободен и в выборе

своей позиции. Позиция является поведенческим стереотипом, который владеет человеком, если ее осознание и свободный выбор отсутствуют. Осмысление позиции в плане последствий для жизни дает человеку возможность пересмотреть ее и сознательно принять или отвергнуть и попытаться выработать другую, т.е. происходит сознательное жизненное самоопределение.

При глубинной работе самоопределение происходит не только в плане поведенческих поверхностных изменений (поддерживать контакты или изолироваться), но и в экзистенциальном плане (доверять людям или видеть в каждом потенциального конкурента). Это решение во многом зависит от тех реальных отношений, которые складываются в группе. Для нового самоопределения необходим новый межличностный опыт, что согласуется с психодинамическими принципами. Поэтому успех терапии во многом зависит от того, насколько искренние и подлинные отношения складываются в группе, насколько терапевт не замалчивает острых тем и проблем и сензитивен к происходящему в группе, но при этом способен оказать необходимую поддержку. Именно этот аспект лечения традиционно упускается в когнитивном подходе, акцентирующем роль интеллектуальных процессов и явно недооценивающем терапевтическую роль возникающих «здесь и теперь» принципиально новых межличностных отношений с терапевтом и другими участниками группы. Новое самоопределение, изменение жизненной позиции не может иметь чисто рациональную основу, так как затрагивает глубинные установки личности, экзистенциальную основу ее существования.

Итак, основными новообразованиями четвертого этапа являются способность анализировать собственную позицию, соотносить ее с позицией других, обретение опыта доверительных отношений и самоопределение, т.е. осознанный выбор позиции в группе.

V этап – проработка семейного контекста

На данном этапе мы обращаемся к психоаналитической категории прошлого опыта. Необходимым условием глубокой внутренней перестройки является его проработка не только в плане отреагирования травмировавших событий, но и в плане осмысления и интеграции. Отметим, что в современной когнитивной психотерапии используется техника «оживления детских переживаний», что еще раз подтверждает тенденцию смыкания когнитивной психотерапии с психодинамическим подходом. Работа на этом этапе достаточно традиционна и описана в предшествующей главе: выявление родительских программ, требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей, анализ реакций перено-

са, проработка детского психотравмирующего опыта, катарсическое отреагирование. Терапевты побуждают больных открыто и полно выражать свои тяжелые чувства.

Основными новообразованиями этого этапа являются освобождение от негативных чувств, интеграция прошлого опыта, осознанный выбор позиции в жизни.

VI этап – анализ и проработка личных проблем

На данном этапе составляются индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни: вместо первоначального «У меня дрожь и сердцебиение» – «Мне трудно доверять людям», вместо «Муж ко мне невнимателен» – «Я очень много требую от других и часто обижаюсь», вместо «Я чувствую физическое истощение» – «Меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность». Параллельно происходит *выявление ресурсов,* необходимых для решения сформулированных проблем.

На основе результатов предшествующего этапа происходит увязывание актуальных проблем с семейным и жизненным контекстом, что облегчает принятие собственных проблем и снимает чувство вины за их существование.

Наконец, терапия завершается фактически бихевиоральным тренингом новых способов поведения: ставится задача расширения поведенческого репертуара, моделирования и отработки новых, более эффективных способов поведения и их апробации в жизни.

Основными новообразованиями последнего этапа являются новые средства решения проблем, активная позиция по отношению к проблемам, освобождение от власти прошлого.

Данные катамнеза

В процессе апробации модели было проведено шесть групп, каждая длительностью три месяца на базе районной поликлиники, занятия проводились в режиме два раза в неделю по два часа. Число участников группы – 8–12 человек (всего 68 участников, примерно треть из них страдали соматоформными расстройствами, остальные – тревожными и депрессивными с выраженными соматическими симптомами и с преимущественно соматической картиной болезни). Большинство пациентов первично обращались к терапевтам, после чего были неоднократно обследованы врачами-интернистами. В конце концов, они попадали к психиатру, который наряду с медикаментозным лечением рекомендовал им курс психотерапии. Групповые занятия проводились два раза в неделю. В группу

включались больные от 20 до 45 лет. Был собран катамнез длительностью от одного до семи лет у 35 пациентов с расстройствами аффективного спектра с выраженной соматической симптоматикой, 40% – с высшим образованием, 60% – со средним, 22 женщины, 13 мужчин.

По результатам катамнеза 76% опрошенных больных активно работали после прохождения курса групповой психотерапии без перерывов и больничных листов по психическому состоянию (что отмечалось до лечения); 63% опрошенных больных перестали посещать психиатра и кабинет неврозов в связи со стойкой ремиссией; у 18% наших пациентов отмечались единичные обращения за психиатрической помощью в кабинет неврозов после стрессовых провокаций (смерть близких, автокатастрофа, нахождение близкого родственника под следствием, инвалидизация близкого родственника); 18% опрошенных больных продолжали лечение у психиатра кабинета неврозов по поводу периодического ухудшения состояния. По самоотчетам больных, их образ жизни стал более активным после курса психотерапии – 56% имеют хобби и увлечения помимо работы.

В качестве конкретных изменений, возникших благодаря психотерапии, 54% больных отмечали развитие навыков эмоциональной саморегуляции и повышение стрессоустойчивости, 44% – положительные изменения в семейной ситуации, 31% – развитие навыков общения, улучшение контактов с другими людьми. В самоотчете о физическом и психологическом самочувствии резко преобладают такие оценки как «удовлетворительно» и «хорошо». Большинство больных (96%) непосредственно связывают положительную динамику в социальном функционировании и самочувствии с прохождением курса психотерапии.

Таким образом, были выделены основные этапы интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией. Введение специального этапа «Тренинг осознания и выражения чувств» представляется особенно важным при работе с пациентами, испытывающими трудности осознания и вербализации чувств (а число таких пациентов не ограничивается кластером соматоформных расстройств, поскольку эти трудности отражают общие культуральные патогенные тенденции).

10.3. Роль психотерапии в повышении комплаенса при медикаментозном лечении

Бригадная работа в лечении расстройств аффективного спектра признана наиболее адекватным подходом, отвечающем современному этапу

знаний о биопсихосоциальной природе этих расстройств (Краснов с соавт., 2000; Холмогорова, Довженко, Гаранян, 2002) Эмпирические исследования показывают преимущества комбинированного лечения расстройств аффективного спектра (сочетающего психофармакотерапию и психотерапию), по сравнению с изолированным применением этих подходов. При комбинированном лечении в амбулаторных условиях редукция депрессивной симптоматики происходит быстрее; присоединение, например, когнитивной психотерапии повышает скорость действия антидепрессантов (Wright et al., 1993) и более чем в два с половиной раза снижает количество пациентов, прерывающих медикаментозную терапию (Thase et al., 1997). Медикаментозное лечение, в свою очередь, зачастую является необходимым условием психотерапии в случае тяжелых депрессий и тревожных расстройств. В этом случае оно создает необходимые предпосылки для проведения психотерапии, снижая мучительные симптомы и облегчая установление контакта (Teusch, Gastpar, 1996).

Важное преимущество сочетанного подхода – это возможность использовать богатый арсенал средств психотерапии для повышения комплаенса при приеме медикаментов, в значительной степени определяющего эффективность проводимого лечения (Wright et al., 1993). Известно, что врачам часто выделяется недостаточно времени на сеанс, для углубления в возможные психологические барьеры комплаенса, что приводит к прерыванию лечения (до 40% «drop out») при медикаментозном лечении депрессий. Доказано, что выраженность враждебных установок у пациентов негативно влияет на прохождение медикаментозной терапии и ведет к ее преждевременному прерыванию (Krupnick, Sotsky, 1996). Подобный риск снижается после проработки этих дисфункциональных установок в курсе психотерапии.

Рассмотрим подробнее, как можно проводить работу с комплаенсом в медикаментозном лечении на примере когнитивной психотерапии. В формате когнитивной психотерапии эта задача может быть реализована с помощью следующих процедур:

1. *Информирование о диагнозе и сути заболевания.* Инициальный этап когнитивной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств нацелен на формирование правильной внутренней картины заболевания. Пациентам представляются сведения о значительной распространенности этих расстройств, их отличии от «сумасшествия» в бытовом представлении, потенциальной излечимости, что значительно редуцирует переживания стыда, страха «стигмы» и безна-

дежности. Ознакомление с моделью депрессивных и тревожных расстройств, представляющей их в виде порочных кругов, в которых взаимосвязаны сомато-вегетативные, эмоциональные, когнитивные и поведенческие симптомы, разъяснение функций врача-психиатра и психотерапевта мотивируют пациентов к прохождению комбинированного лечения (см. Приложение).

2. *Проработка автоматических мыслей и убеждений, препятствующих получению медикаментозной помощи.* Тревога и сомнения пациентов по поводу предлагаемого им лечения часто бывают сопряжены с дисфункциональными убеждениями типа «Я должен справляться с настроением волевым путем», «Прибегание к лекарствам – признак слабости», «Препараты сделают мое поведение неконтролируемым». Стандартные процедуры когнитивной психотерапии (выявление и оценка автоматических мыслей, анализ последствий убеждений с помощью сократического диалога и их последующая модификация, предоставление соответствующей информации) помогают скорректировать травматичную для самооценки интерпретацию медикаментозного лечения и сформировать конструктивное отношение к нему. Вместе с тем, выявленные мысли и убеждения по поводу лечения представляются важным материалом для психотерапевтических сеансов, так как они обнажают глубинные установки, например, культа силы и перфекционизм.
3. *Проработка искаженных представлений о психотропных препаратах.* Нарушения комплаенса, вплоть до преждевременного прерывания лечения могут быть связаны с тревогой пациентов по поводу нежелательных побочных действий антидепрессантов, неумением справляться с ними, страхом перед возникновением стойкой зависимости. Задача психотерапевта заключается в своевременном информировании пациента о спектре действия препаратов, об индивидуальном подборе медикаментозных назначений, о возможных побочных эффектах и способах справиться с ними. Главная задача психотерапевта на этом этапе – сориентировать пациента на поддержание регулярного контакта с лечащим врачом и предупредить преждевременный отказ от приема лекарств без врачебного контроля.
4. *Формирование адекватных ожиданий от лекарственных средств.* В отдельных случаях прием антидепрессантов сопровождается разочарованием. На сеансах когнитивной психотерапии можно выявить сопутствующие этой эмоциональной реакции дисфункциональные мыс-

ли и установки: «Прием лекарств должен приводить к немедленному облегчению», «Если у меня остаются какие-либо проявления заболевания, значит, лекарства не помогают вообще» и т.д. Маркировка и проработка содержащихся в этих когнитивных продуктах искажений (негативного селектирования со слепотой на признаки улучшения, поляризованного мышления – «Лекарство либо полностью излечивает, либо не помогает вовсе», перфекционизма с непризнанием постепенно накапливающегося улучшения), а также предоставление соответствующей информации укрепляют оптимизм и терпение больных.

Таким образом, все сказанное говорит о том, что психолог-психотерапевт должен быть хорошо информирован о действии современных медикаментов, о закономерностях динамики состояний в процессе медикаментозного лечения.

10.4. Результаты эмпирического исследования факторов эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра

В данном исследовании в качестве психотерапевтов принимали участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии, полученные предварительные результаты обобщены в публикациях (Холмогорова, Пуговкина, Воликова, Гаранян с соавт., 2010). Исследование проводилось в естественных условиях приема пациентов на базе психологической консультации МНИИ психиатрии. Единственным критерием отбора было наличие расстройства аффективного спектра.

Характеристика методического комплекса и организации исследования

Процесс психотерапии был организован в опоре на многофакторную психо-социальную модель расстройств аффективного спектра и, соответственно, включал мишени, относящиеся к четырем уровням: культуральному, семейному, личностному, интерперсональному. Для изучения влияния различных факторов на процесс психотерапии нами был разработан методический комплекс, тестирующий разные блоки факторов, роль которых по данным теоретических и эмпирических исследований представлялась особенно важной: психопатологические особенности и уровень стресса у пациента, дисфункциональные личностные черты, семейные и интерперсональные дисфункции.

Для диагностики симптомов психических расстройств использовались следующие инструменты:

1) *Опросник выраженности психопатологических симптомов SCL-90-R Дерогатиса;*
2) *Опросник депрессии Бека;*
3) *Опросник тревоги Бека;*
4) *Шкала повседневного стресса Холма, Холройда* (*Daily Hassle Scale, DHS-revised*). Шкала позволяет оценить наличие и степень влияния повседневных стрессогенных событий за последний месяц, имевших место в следующих сферах жизни человека: повседневный стресс, связанный с внутренними конфликтами; финансовыми затруднениями; нехваткой времени; с работой; со средой обитания; семейный стресс; стресс, связанный со здоровьем;
5) *Шкала стрессогенных жизненных событий Перре* (*Life Events Scale*). Шкала направлена на выявление стрессогенных жизненных событий произошедших за последний год в жизни человека и оценку степени их влияния на жизнь человека;
6) *Шкала клинического впечатления* (*Clinical Global Impression Scale, CGI*) – одна из наиболее часто использующихся в клинической практике шкал, позволяющая оценить общее психическое состояние пациента при первичном обращении и в динамике; содержит три градации оценки улучшения: незначительное, среднее, выраженное (заполняется психиатром).

Для диагностики дисфункциональных личностных установок и черт (личностный уровень) используются следующие инструменты:

1) Опросник *Запрет на выражение чувств* (*ЗВЧ*) – тестирует установки испытуемого по отношению к переживанию и открытому выражению четырех базальных эмоций: печали, гнева, страха и радости;
2) *Опросник перфекционизма Гаранян, Холмогоровой* – тестирует шесть параметров перфекционизма: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; поляризованное мышление, чрезмерные требования к другим людям;
3) *Проективный тест враждебности Гаранян, Холмогоровой* – содержит утверждения, отражающие проявления доминантности,

равнодушия, презрения к слабости. Инструкция построена таким образом, чтобы испытуемый обнаружил свои представления о склонности людей проявлять эти формы поведения;

4) Опросник *Большая пятерка Голдберга (Big five)*. Оценивает выраженность пяти базисных личностных черт – факторов: нейротизм, открытость опыту, экстраверсию, доброжелательность (кооперативность) и сознательность;
5) *Опросник личностных убеждений Бека* (*Personality Belief Quetionnaire*). Направлен на выявление дисфункциональных убеждений, затрудняющих адаптацию (эмоциональное благополучие, установление конструктивных отношений с другими людьми и т.п.).

Для диагностики паттернов семейного функционирования применяется блок следующих инструментов:

1) *Фрайбургский семейный опросник* (переведен А.Б. Холмогоровой, апробирован С.В. Волковой, 2006) – тестирует функционирование актуальной семьи пациента по следующим параметрам: адаптивность, распределение ролей, коммуникации, эмоциональность, автономность, контроль, нормы и ценности, фасадность, сопротивление;
2) Опросник *Стили эмоциональной коммуникации в семье* (*СЭК*) – направлен на диагностику микродинамики и идеологии родительских семей испытуемых: родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций в семье, внешнего благополучия, фиксации на негативных переживаниях, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма, сверхвключенности.

Для диагностики интерперсонального функционирования пациентов применяются:

1) *Шкала социального избегания и дистресса Уотсона, Френда* (*Social avoidance and distress scale*) Измеряет склонность к социальному избеганию и тревожности в межличностных ситуациях;
2) *Опросник социальной поддержки Зоммера, Фюдрика* (F-SOCU-22) – предназначен для оценки уровня эмоциональной поддержки, включает ряд подшкал: инструментальной поддержки, эмоциональной поддержки, социальной интеграции, доверительных отношений и субъективной удовлетворенности поддержкой;
3) *Шкала оценки терапевтического альянса* – включает такие характеристики взаимодействия как мотивация к лечению, аккуратность посещения сеансов, активность и конструктивность усилий, прикладываемых пациентом в ходе лечения, свободу и открытость

выражения чувств, разделение пациентом ответственности за ход лечения (разработано специально для данного исследования);
4) *Шкала оценки комплаенса в медикаментозном лечении* – направлена на оценку аккуратности в выполнении врачебных рекомендаций (соблюдение режима приема лекарств и посещения врача).

Характеристика пациентов и процедуры исследования

На основе разработанных теоретических и методических средств было проведено эмпирическое *исследование эффективности интегративной психотерапии* расстройств аффективного спектра. Для исследования был отобран *41 пациент* с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты, после подписания информированного согласия на участие в исследовании, были обследованы с помощью разработанного комплекса методик, тестирующих выраженность психопатологической симптоматики, а также личностные, семейные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра (всего 21 методика, в данном параграфе анализируются данные по 17 методикам).

Всем пациентам (41 человек) был предложен *курс интегративной психотерапии*, в основу которого положены когнитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии. Для каждого из пациентов в ходе супервизии составлялся «индивидуальный маршрут» лечения, включавший наиболее важные задачи и последовательность их реализации. Всего было проведено 570 сеансов и 70 супервизий. Ряд пациентов по показаниям получили сеансы семейной или супружеской психотерапии. 75% пациентов по показаниям было предписано медикаментозное лечение.

После 10–15 сессий пациенты прошли повторное обследование и заполнили шкалы самоотчета (всего 24 пациента, так как 17 пациентов составили группу *drop-out*, т.е. по разным причинам оставили лечения до получения 10 сеансов интегративной психотерапии). Были также проведены интервью с психотерапевтами и психиатрами с целью получения экспертных оценок.

Все полученные результаты (первый, второй срез, листы самоотчетов для пациентов и психотерапевтов) накапливались в компьютере и служили основой для создания базы данных исследования. Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета

статистических программ SPSS 13.0. Проведена обработка, количественный и качественный анализ полученных данных, направленный на выявление предикторов успешности интегративной психотерапии и контртерапевтических факторов.

На основании динамики процесса психотерапии все пациенты были разделены на *3 группы*: 1) прервавшие терапию досрочно – группа *drop-out*; 2) достигшие полной редукции симптомов и практически выздоровевшие после 10–15 сеансов – группа краткосрочной терапии; 3) пациенты, нуждающиеся в продолжении психотерапии после 10–15 сеансов – группа долгосрочной психотерапии. Для сравнения выделенных групп на основе разработанного методического комплекса использовались непараметрические критерии Манна – Уитни (для парного сравнения групп) и Крускала – Уоллиса (для общего сравнения групп). Для анализа социодемографических данных применялся критерий хи-квадрат Пирсона.

На основе сравнения результатов обследования с помощью разработанного методического комплекса трех групп пациентов: *drop-out, краткосрочная терапия, долгосрочная терапия* были выделены: 1) факторы – предикторы отказа от терапии; 2) факторы успешности краткосрочного курса лечения; 3) факторы увеличения длительности необходимого лечения.

Выделенные группы значимо не различались по социодемографическим характеристикам, за исключением возраста пациентов. В группе краткосрочной терапии пациенты были значимо моложе (средний возраст 26,0 лет, $p = 0{,}00$), чем в группе *drop-out* (32,2 года) и в группе долгосрочной терапии (31,0 год). С этим могут связаны и другие различия: более низкий процент испытуемых с оконченным высшим образованием (54%, в других группах – 85%), и большее количество холостых испытуемых (61%, в других группах около 30%). В краткосрочной группе и группе *drop-out* преобладали женщины (77%), в группе долгосрочной терапии оказалось равное распределение испытуемых по полу.

Врачом-психиатром была проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. В группе *drop-out* равным образом были представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 41% пациентов), один пациент с соматоформным расстройством, один – с основным диагнозом зависимого личностного расстройства. Депрессивные расстройства в этой группе представляли собой случаи первичного обращения за помощью – т.е. депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F 30.1 – 30.3). Среди тревожных расстройств

преобладало генерализованное тревожное расстройство (30%), которое, как известно, характеризуется конфликтной мотивацией на лечение.

В группе краткосрочной терапии из 45% испытуемых с депрессивными расстройствами большинство (за исключением одного пациента) относилось к категории F33.0 – 33.3 (эпизод рекуррентной депрессии разной степени тяжести), 38% пациентов обратились по поводу тревожных расстройств.

В группе долгосрочной терапии преобладали пациенты с тревожными расстройствами (60%), из них половина имела диагноз обсессивно-компульсивного расстройства. Депрессивные расстройства (30% пациентов) представляли собой, как и в краткосрочной группе, эпизоды рекуррентной депрессии. Значительная часть пациентов во всех группах имела коморбидные диагнозы расстройств аффективного спектра (около 30% во всех группах) и личностных расстройств (около 60% пациентов во всех группах).

Отличительной чертой группы *drop-out* было преобладание случаев первичного обращения за помощью по поводу депрессии.

Средняя продолжительность курса лечения составила в группе *drop-out* – 5 сессий, в краткосрочной группе – 11,5 сессий, в группе долгосрочной терапии – 28,4 сессии. В исследовании приняли участие 5 психотерапевтов с опытом работы с данным контингентом от 10 до 20 лет и врач-психиатр с опытом работы более 20 лет.

Факторы, связанные с отказом от терапии или ее преждевременным прерыванием (специфические особенности группы drop out)

Для выделения предикторов прерывания психотерапии на ранних стадиях до достижения клинически значимых улучшений были проанализированы специфические особенности группы *drop-out*. В соответствии с многофакторной психосоциальной моделью расстройств аффективного спектра были выделены факторы отказа от продолжения терапии у начавших психотерапевтическое лечение пациентов.

Выраженность симптомов и уровень стресса

Анализ результатов группы *drop-out* показал, что отказ от психотерапии не связан с тяжестью симптоматики, т.е. по данным Опросника выраженности психопатологических симптомов *SCL-90-R* Дерогатис не отмечено значимых отличий от двух других групп ни по одной из шкал, включая общий индекс тяжести патологии, исключение составляет шкала обсессивно-компульсивной симптоматики по которой показате-

ли данной группы превышают значения показателей краткосрочной группы на уровне тенденции к статистической значимости (p = 0,083).

Анализ уровня стресса показал, что группа *drop out* не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течении последнего года, но отличается более низким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой краткосрочной терапии, включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени (p = 0,039), финансовые затруднения (p = 0,024), семейные проблемы (p = 0,045), так и стресс в результате внутренних конфликтов (p = 0,024) (т.е. пациенты выражают меньше озабоченности внутренним состоянием, своим будущим, чувством одиночества, поисками смысла и трудностями в отношениях, а также в принятии решений, что можно интерпретировать в аспекте их личностных характеристик, как более низкую способность к интернализации конфликтов); по уровню семейного стресса (проблемы с детьми, перегруженность семейными обязанностями и т.п.) группа *drop out* значимо отличается более низкими показателями от обеих групп пациентов, продолживших терапию (p <0,5).

Личностный уровень

Большая выраженность убеждений, характерных для шизоидного типа личности, по сравнению с пациентами из обеих групп, продолживших терапию (p<0,1), т.е. среди них чаще встречаются люди, менее заинтересованные в близких отношениях с другими, избегающие тесных контактов, предпочитающие действовать в одиночку.

Меньшая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из краткосрочной группы, т.е. пациенты из этой группы менее рефлексивны (p = 0,024), не склонны искать причины возникающих трудностей в своих внутренних проблемах.

По сравнению с пациентами из краткосрочной группы у них значимо боле высокие показатели враждебности, прежде всего в аспекте готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях (p = 0,048).

Семейный уровень

При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами из группы долговременной терапии (p = 0,035).

При характеристике отношений в актуальной семье отмечается сходная особенность – низкий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях (он значимо ниже по сравнению с группой краткосрочной

психотерапии – $p = 0,035$ и ниже, чем в группе долгосрочной терапии, хотя эти различия и не достигают статистически значимых – $p = 0,069$).

Интерперсональный уровень

Пациентов, прервавших терапию, по сравнению с двумя группами отличает более низкий уровень инструментальной социальной поддержки ($p < 0,05$) и социальной интеграции ($p < 0,01$), т.е. в их окружении меньше людей, которым интересны их проблемы, с которыми они могут обмениваться мнениями и информацией, и которые могут помочь им делом или советом в затруднительных ситуациях.

Пациентов этой группы отличает изначально более низкий уровень терапевтического альянса: уже в первые недели работы пациенты данной группы по оценкам психотерапевтов отличаются от пациентов из группы краткосрочной психотерапии сомнениями в полезности работы и необходимости ее продолжения ($p = 0,025$), меньшей способностью к признанию проблем, в которых психотерапевт может им помочь ($p = 0,003$), и меньшей готовностью к консенсусу в постановке целей и задач ($p = 0,022$), большей закрытостью и недоверчивостью в отношениях с терапевтом ($p = 0,023$).

Если у пациентов двух других групп отмечается значимая тенденция к росту рабочего альянса в течение первых десяти недель работы, то у пациентов, прервавших терапию, эта тенденция отсутствует. Иначе говоря, психотерапевты не отметили значимого улучшения альянса в ходе взаимодействия с этими пациентами: спустя десять недель после начала работы они также как после первых пяти недель не склонны были признавать наличие проблем, в которых им может помочь психотерапевт, были достаточно закрытыми, зачастую не принимали свою часть ответственности за ход лечения, были скептично настроены по отношению к его возможным результатам и, как правило, не формулировали конструктивных целей.

Таким образом, главными характеристиками *группы drop out на клиническом уровне* является преобладание диагнозов: первичный депрессивный эпизод и генерализованное тревожное расстройство, а также выраженность обсессивно-компульсивных симптомов; на *личностном уровне* – наличие системы убеждений в холодности, равнодушии и враждебности окружающих людей, необходимости полагаться только на себя и предпочтении одиночества общению и взаимодействию с другими, а также неспособность к интернализации конфликтов; *на семейном уровне* – закрытый стиль эмоциональных коммуникаций; *на интерперсональном* – низкий уровень инструментальной поддержки и социальной

интеграции, сниженная способность к кооперации, установлению и развитию рабочего альянса.

Факторы успешности краткосрочного курса лечения

Для выделения факторов успешности краткосрочного лечения были выделены специфические особенности группы краткосрочной психотерапии. 77% данной группы проходили курс комплексной терапии и наряду с психотерапией получали медикаментозное лечение, остальные 23% получали только психотерапевтическую помощь. Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе психотерапии по шкале глобального клинического впечатления в среднем по результатам данной группы приближается к градации «выраженная» (оценка психиатра), и является значимо более высокой, чем в группе долгосрочной терапии ($p = 0{,}024$). Были выделены следующие факторы, обусловливающие успех лечения в краткосрочном режиме (не более 15 консультаций):

Выраженность симптомов и уровень стресса

Анализ результатов обследования группы краткосрочной психотерапии не выявил отличий по тяжести симптоматики (данные опросника *SCL-90-R*), за исключением шкалы обсессивно-компульсивной симптомов, по которой данная группа отличается от двух других более низкими показателями ($p = 0{,}05$ при сравнении с группой долгосрочной терапии и $p = 0{,}083$ при сравнении с группой *drop-out*).

Анализ уровня стресса показал, что краткосрочная группа не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течении последнего года, но отличается более высоким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой *drop out*, включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени ($p = 0{,}024$), финансовые затруднения ($p = 0{,}045$), семейные проблемы ($p = 0{,}037$)), так и стресс в результате внутренних конфликтов ($p = 0{,}024$) т.е. пациенты обостренно осознают и переживают свои внутренние проблемы – страх принятия решений, озабоченность по поводу будущего, чувство отвержения со стороны других людей и т.д., что несомненно облегчает конструктивную формулировку целей психотерапевтической работы, кроме того высокий уровень общего субъективного дистресса создает дополнительную мотивацию для работы).

Личностный уровень

Выявлена большая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из группы *drop out*, т.е. пациенты из этой группы

отличаются лучшим осознанием своих внутренних конфликтов и переживаний (p = 0,024). Такие же различия на уровне тенденции отмечаются при сравнении с долгосрочной группой (p=0,069).

Более низкие показатели уровня враждебности: по сравнению с пациентами из двух других групп они испытывают меньше недоверия к окружающим, прежде всего в аспекте меньшей готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях (различия на уровне тенденции к статистической значимости: p = 0,078 при сравнении с группой *drop-out;* p=0,084 при сравнении с долгосрочной группой).

Выявлены несколько противоречивые данные по степени выраженности перфекционизма: более низкий по сравнению с двумя остальными группами показатель такого параметра перфекционизма, как чрезмерные требования к другим людям (причем по сравнению с группой долговременной терапии это отличие достигает статистической значимости, p = 0,049). Однако при этом по сравнению с долговременной группой на уровне тенденции к статистической значимости более выражен другой показатель перфекционизма, отражающий склонность сравнивать себя с другими при ориентации на полюс самых успешных (p = 0,087).

Семейный уровень

При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами группы долговременной терапии (p = 0,036).

При характеристике отношений в актуальной семье отмечается противоположная особенность – более высокий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях по сравнению с двумя остальными группами, причем по сравнению с группой *drop out* эти отличия статистически значимы (p = 0,035).

От двух других групп данную группу отличают более низкие средние показатели «фасадности» – желания представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с долговременной группой эти различия достигают тенденции к статистической значимости (p = 0,069).

Интерперсональный уровень

Пациентов, краткосрочной группы отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки (p = 0,009) и социальной интеграции (p = 0,001) только по сравнению с группой «*drop out*», т.е.

их социальные контакты более интенсивны, в их окружении больше близких им по духу людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем те, кто прерывает психотерапию.

Пациентов этой группы по сравнению с двумя другими группами отличает способность к выработке терапевтического альянса и его быстрому укреплению и развитию в ходе терапии ($p<0,5$). Так, уже в самом начале работы их отличает от пациентов из долговременной группы большая вера в успех работы ($p = 0,025$), открытость в обсуждении своих проблем ($p = 0,046$), способность принимать свою часть ответственности ($p = 0,022$) и приходить к консенсусу с психотерапевтом при формулировке целей работы ($p = 0,022$). Изначально хороший альянс у пациентов этой группы продолжает быстро укрепляться в процессе работы (различия между суммарным показателем альянса при первом и втором срезе статистически значимы, $p=0,026$). Следует также отметить более высокий уровень медикаментозного альянса по сравнению с пациентами долговременной группы ($p =0,042$).

Таким образом, наиболее важными характеристиками группы краткосрочной психотерапии являются *на симптоматическом уровне и по социодемографическим показателям*: более молодой возраст, наименьшая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и наиболее высокий уровень субъективного стресса; на *личностном уровне*: наименьшая выраженность убеждений относительно враждебности окружающих и наименьшие ожидания и требования от них, а также способность к интернализации конфликтов; *на семейном уровне:* высокий уровень запрета на выражение чувств в родительской семье в детстве и более открытое выражение чувств в актуальной семье, а также более открытое и искреннее описание семейных проблем; *на интерперсональном уровне:* более высокий уровень социальной интеграции и способность к установлению и укреплению конструктивного рабочего альянса.

Факторы увеличения длительности необходимого лечения

Для выделения этих факторов были проанализированы специфические особенности группы долговременной терапии. 90% пациентов этой группы получали комплексное лечение (психотерапия и психофармакотерапия), 10% находились на психотерапевтическом лечении. Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе комплексного лечения по шкале глобального клинического впечатления (оценка психиатра) колеблется в данной группе от незначительной

до выраженной, однако является значимо более низкой, чем в группе краткосрочной терапии ($p = 0{,}024$).

Были выделены факторы, которые препятствуют быстрому достижению клинически значимых результатов и завершению терапии. Рассматриваемую группу значимо отличали следующие характеристики.

Выраженность симптомов и уровень стресса

По сравнению с двумя другими группами: наибольшая выраженность симптомов обсессивно-компульсивных симптомов ($p < 0{,}05$), наибольшая выраженность стресса среды ($p < 0{,}05$) (субъективная оценка тяжести стресса, связанного с загрязнением окружающей среды, преступностью, ростом цен, неприятными новостями и т.п.) и семейного стресса ($p < 0{,}05$) (перегруженность обязанностями по дому, проблемами с детьми, с собственностью и т.д.).

Личностный уровень

Наибольшая выраженность убеждений, свойственных избегающему личностному расстройству (относительно собственной непривлекательности и неизбежного отвержения другими людьми при высокой потребности в близости и принятии) по сравнению с двумя другими группами, причем по сравнению с группой *drop out* эти различия статистически значимы ($p < 0{,}05$).

От группы краткосрочной терапии эту группу на уровне тенденции к статистической значимости отличают более высокие показатели враждебности ($p = 0{,}084$) и требований к другим людям по *Опроснику перфекционизма* ($p = 0{,}062$), т.е. можно говорить о конфликте представлений и ожиданий: при склонности видеть людей в негативном свете как холодных и равнодушных очень много ожидать от них.

Семейный уровень

Эту группу отличают наиболее высокие показатели «фасадности» – желания представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с краткосрочной группой эти различия достигают тенденции к статистической значимости ($p = 0{,}069$).

Интерперсональный уровень

Пациентов долгосрочной группы отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки ($p = 0{,}009$) и социальной интеграции ($p = 0{,}001$) только по сравнению с группой «*drop out*», т.е. их социальные контакты более благополучны, в их окружении больше

людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем у тех, кто прерывает психотерапию.

Пациентов этой группы от группы *drop out* отличает способность к выработке терапевтического альянса и его постепенному укреплению и развитию в ходе терапии, хотя показатели альянса по истечении 10 недель терапии остаются более низкими по сравнению с группой краткосрочного лечения, от которой их отличает меньшая искренность в отношениях и открытость в выражении чувств ($p = 0{,}009$), а также меньшая способность к принятию ответственности ($p = 0{,}029$). Альянс в медикаментозном лечении также ниже, чем в группе краткосрочного лечения ($p = 0{,}042$).

Таким образом, наиболее важными характеристиками группы долгосрочной психотерапии являются на *симптоматическом уровне*: большая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и стресса, связанного со средой (т.е. внешнего, а не внутреннего); на *личностном уровне:* система убеждений относительно собственной непривлекательности, враждебности людей и необходимости избегать близких контактов с ними в сочетании с потребностью в контактах и высокими ожиданиями от них; н*а семейном уровне:* установка на сокрытие семейных проблем при наиболее высоком субъективном уровне семейного стресса; *на интерперсональном уровне:* проблемы в построении конструктивного рабочего альянса при относительно благополучных показателях социальной поддержки и общей положительной динамике рабочего альянса в процессе психотерапии в сравнении с группой *«drop out»*.

Анализ случаев с различной динамиков в процессе психотерапии

В заключение приведем несколько примеров, иллюстрирующих особенности разрабатываемых индивидуальных маршрутов и протекания процесса психотерапии в каждой из трех выделенных групп. Данные предоставлены психотерапевтом С.В. Воликовой, описания пациентов изменено таким образом, чтобы исключить возможность их узнавания.

Описание случая 1 (*преждевременно прерванная психотерапия*)

Пациентка: В., 48 лет, получила художественное образование, 17 лет не работает (домохозяйка), замужем, сын – студент. Пять лет назад переехали из-за границы.

Диагноз: соматоформное расстройство, зависимое личностное расстройство.

Жалобы: сильное напряжение и сильные болевые ощущения в шее, плечах, жалобы на онемение в области от лба до носа, ощущение опухоли во рту. Иногда бывают приступы безудержного плача, рыданий по умершим родственникам (матери, бабушкам, которые умерли более 30 лет

назад). Плакать может несколько часов. Старается плакать в одиночестве, так как если заплаканную застает муж, он очень недоволен.

История заболевания: боли, чувство напряжения и онемения появилось после сильной ссоры с братом, который ушел от жены к другой женщине, отказался помогать детям. В. резко осудила поведение брата, «сказала все, что она думает о его подлом поведении». Между ними произошел скандал, приведший практически к разрыву отношений. После появления симптомов последовательно в течение нескольких лет обращалась к хирургам, отолорингологам, которые никакой патологии не нашли. Обращалась к невропатологу – без изменений. Затем обратилась к психиатру, который назначил медикаментозную терапию и направил на психотерапию. До посещения нашей консультации В. сходила на прием к психологу. Однако решила отказаться от работы с этим психологом, так как он сказал, что «в семье надо менять», а ей этого не хочется.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. Симптоматический уровень:

- соматические симптомы, носящие психологический характер (указаны выше);
- депрессивные симптомы (тоска по умершим родственникам, прорывающаяся в многочасовых взрывах плача. Когда говорила об этом на консультации, также принялась безудержно плакать взахлеб).

2. Личностный уровень:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

- алекситимия (не могла назвать никаких чувств, кроме тоски по умершим близким), отрицала, что когда-либо в текущей жизни испытывает негативные эмоции, понадобилось четыре консультации, чтобы установить связь между симптомами и негативными переживаниями;
- зависимость (эмоциональная, материальная, в принятии любых решений) от мужа, страх любых конфликтов с ним (старается устроить жизнь так, чтобы у мужа не было повода даже для недовольства), отрицание наличия проблем в семье с мужем, с сыном
- перфекционизм (в семье должен быть идеальный порядок, мир и покой, идеальная уборка дома, идеальный уход за мужем, сыном);
- монотонный депрессогенный стиль жизни и связанный с ним дефицит впечатлений и положительных эмоций, (типичный день: приготовить завтрак, всех проводить, поход в магазин за продуктами, готовка, уборка каждый день, встретить всех, покормить. Если остается время – играет на пианино). В. нигде не бывает, никуда не ходит, объясняет тем, что муж не любит, когда она отсутствует.

3. Семейный уровень:

- симбиотические отношения с мужем (муж требует полного внимания, не разрешает завести кошку, так как тогда ему будет меньше внимания);

- элиминация эмоций в семейных коммуникациях (муж не разрешает грустить, «У тебя не может быть плохого настроения, так как для этого нет причин»);
- закрытые семейные границы (гостей никогда не бывает, В. и муж ни с кем не общаются, никуда не ходят. Муж говорит, что ему достаточно общения на работе, хочет посидеть дома);
- травматический ранний опыт и насыщенная стрессами семейная история (ранние потери, росла в неполной семье, росла в нищете, было очень стыдно перед сверстниками и соседями за то, что росла без отца, очень бедно выглядела. Замуж вышла очень рано. Считает, что муж спас ее от нищеты, за что ему очень благодарна).

4. *Интерперсональный уровень:*

- узкая социальная сеть, ограниченная членами нуклеарной семьи (друзей нет, муж против общения, очень ревнует даже к редким звонкам заграничных друзей).

Последовательность психотерапевтических задач:

1. Преодоление алекситимических черт через фокусировку на эмоциональной жизни и развитие навыков эмоциональной психогигиены (расширение эмоционального словаря, способности к осознанию и дифференциации эмоций, установление связи между изменением эмоционального состояния с внешними и внутренними событиями – из-за чего появляется раздражение, портится настроение и др.). Развитие навыков эмоциональной психогигиены было необходимым условием осознания природы соматоформной симптоматики, депрессивного состояния, а также переработки травматического опыта и текущего стресса.
2. Перестройка депрессогенного образа жизни (выявление вкусов и предпочтений пациентки и разработка программы по посещению музеев, кино и др.).
3. Расширение социальной сети с целью преодоления депрессогенного стиля жизни и развития некоторой автономии и самостоятельность в контактах (восстановление утраченных контактов, планирование совместных мероприятий с прежними знакомыми).
4. Проработка травматического опыта (обсуждение опыта потерь и стрессов в родительской семье, катарсическое отреагирование прошлых травм).
5. Перестройка семейной системы (развитие автономии пациентки, уменьшение симбиотической связанности в отношениях с мужем).

Контртерапевтические факторы:

1. Алекситимия (не могла свободно выражать и обсуждать свои чувства, так как не понимала, что она чувствует, это особенно касалось отрицательных чувств).
2. Непонимание и непринятие психологической модели появления симптомов. Трудности в выработке общих целей психотерапии, пассивность

(пациентка говорила только о желании избавиться от симптомов, ждала от терапевта активных действий по устранению ее симптомов, занимая пассивную позицию).

3. Ригидность семейной системы, симбиотическая связь и полная эмоциональная и материальная зависимость от мужа (сопротивление изменениям выразилось в категорическом отказе мужа от семейной консультации, сама больная настаивала на том, чтобы ничего в ее жизни не менялось, только бы были устранены болевые симптомы, так как боялась, что любое ее изменение может вызвать недовольство со стороны мужа, которое она не может выносить).

Ресурсы пациента:

1. Сильное желание избавиться от надоевших болевых симптомов.
2. Своевременное посещение консультации, отсутствие пропусков, направленность на выполнение домашних заданий.
3. Высокий уровень доверия психотерапевту.

Динамика состояния:

Было проведено шесть индивидуальных консультаций, в процессе которых отмечалась определенная положительная динамика;

- научилась видеть и выявлять ситуации в семье, когда раздражалась (связанные с поведением мужа и сына);
- сходила в музей (на выставке очень понравилось, хотела повторить этот опыт);
- зарегистрировалась в одной из социальных сетей, стала активно переписываться с некоторыми одноклассниками.

Настроение улучшилось, стала чувствовать себя лучше, но эти занятия вызвали недовольство и ревность мужа, который по прежнему отказывался от посещения консультации, несмотря на письменное обращение психотерапевта с просьбой прийти.

После консультации, на которой обсуждались возникшие проблемы в отношениях с мужем, В. позвонила и предупредила, что заболела, после чего больше не перезвонила и на консультации не приходила.

Описание случая 2 (*краткосрочная психотерапия*)

Пациент: Б., 20 лет, в академическом отпуске, живет с родителями.

Диагноз: депрессивный эпизод средней тяжести, черты зависимого и избегающего личностного расстройства.

Жалобы: в течение 1 года отмечает устойчивое плохое настроение: после разрыва отношений с девушкой, стал раздражительным при общении с родителями, набрал лишний вес, полгода не выходит из дома из-за страха встретить знакомых (из дома выходит только с родителями, чтобы поехать в магазин или к врачу), перестал посещать институт, потом оформил академический отпуск.

История заболевания: депрессия началась после того, как Б. влюбился в девушку, которая выпивала, не работала, общалась с сомнительной компанией. Б. очень хотел, чтобы девушка переехала к нему. Родители были резко против, дома начались скандалы. Тогда Б. стал уходить из дома к ней. Через некоторое время девушка отказалась встречаться с Б., стала при нем оказывать активные знаки внимания другому молодому человеку из этой же компании. Б. из компании ушел, почти все время проводил дома, перестал ходить в институт, стал раздражительным, печальным, много ел, в результате чего резко прибавил в весе. Сначала родители считали, что Б. должен «взять себя в руки», не придавали значения его состоянию, часто ругали за безделье. Б. стал испытывать сильное чувство стыда и вины перед родителями (за роман, за брошенный институт, за то, что «сидит на шее отца», не работает, живет и лечится за его счет). Через год родители обратились за помощью к врачу-психиатру, который и направил Б. на психотерапию. Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и семейной форме.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. *Симптоматический уровень (типичные симптомы депрессии)*:

- социальная тревожность – страх выходить из дома, быть плохо оцененным;
- плохое настроение;
- нерациональное питание;
- повышенная раздражительность;
- сильное чувство вины перед родителями;
- обидчивость.

2. *Личностный уровень*:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны :

- перфекционизм (очень высокие требования к себе);
- враждебность;
- зависимость (от мнения родителей, сверстников, настроения прямо зависит от их отношения, критики и т.д.).

При работе со страхом выхода из дома выявилось следующее дисфункциональное убеждение: общаться со сверстниками можно, если у тебя все в порядке: успешно учишься, хорошо выглядишь. Если у человека что-то не в порядке, то его осудят, он будет осмеян, отвергнут. Данное убеждение подкрепляло дисфункциональную поведенческую стратегию – избегание, уклонение от контактов.

Когнитивные искажения:

- поляризованное мышление (например, в дружеских или партнерских отношениях не должно быть никакого недовольства друг другом, если кто-то кем-то недоволен, это не дружба);

– персонализация (когда посещал институт, часто обижался на сокурсников, так как считал относящимся к себе даже в безличной форме высказанное кем-то из сокурсников недовольство чем-либо).

3. *Семейный уровень:*

– повышенный уровень критики со стороны родителей, особенно, матери. Мать критиковала за все (не так повесил полотенце, не в такой последовательности убирает квартиру, не сразу вытер брызги в ванной и др., могла обзываться, оскорблять, припомнить прошлые ошибки);
– опека со стороны родителей, особенно, отца;
– коалиция между отцом и Б. против матери (отец жаловался сыну на эмоциональные срывы жены, они друг другу по очереди говорили «Перетерпи», когда мать особенно критиковала или обзывалась);
– индуцирование тревоги в семье со стороны родителей, особенно, отца (очень тревожится за будущее Б., за его здоровье, а также за себя, за то, сможет ли он и дальше содержать семью на должном уровне).

4. *Интерперсональный уровень:*

– интерперсональный перфекционизм, высокие требования к окружающим (нельзя покритиковать, нельзя подшутить, нельзя сказать что-то, что Б. расценит как обидное для себя) приводили к тому, что Б. резко и быстро прекращал отношения с друзьями («Если они так себя ведут, то это не настоящие друзья»);
– низкая социальная компетентность, не умеет адекватно оценивать людей (либо идеализирует образ, быстро влюбляется, либо видит недостатки, преувеличивает их, и расстается).

Последовательность психотерапевтических задач:

1. Снижение социальной тревожности, функциональные тренировки (самостоятельный выход из дома, самостоятельные поездки на консультации к психологу и врачу, прогулки, походы в магазин.).
2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (фиксация ситуаций, в которых снижается настроение, выявление негативных автоматических мыслей, работа с негативными автоматическими мыслями).
3. Нормализация образа жизни и питания (налаживание рационального питания, режима дня, включение физической активности в режим дня).
4. Восстановление дружеских связей, работа с обидчивостью, как механизмом разрывов в интерперсональных отношениях.
5. Развитие самостоятельности и снижение зависимости от мнения родителей, других окружающих.
6. Работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями (поляризованным мышлением, персонализацией, избеганием).
7. Семейная консультация (снижение уровня требований и критики со стороны родителей, а также уровня их собственной тревожности).

Контртерапевтические факторы:

1. Сильное сопротивление со стороны семьи при работе с семейными дисфункциями. С родителями, особенно с матерью, было очень трудно установить отношения сотрудничества. Мать была настроена враждебно. На семейной консультации обсуждали повышенную требовательность и критичность, говорили про условия, необходимые для развития самостоятельности Б. Были даны рекомендации и назначена супружеская консультация. Мать от супружеской консультации отказалась. По словам Б. «политику критики не изменила». Отец занял позицию «надо терпеть».

Ресурсы пациента:

1. Высокая мотивация к лечению.
2. Понимание и принятие когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии. Идентифицирует себя с методом.
3. Доверие к врачу и психологу. Аккуратное выполнение всех домашних заданий, рекомендаций психотерапевта. Ведение дневника. Аккуратное выполнение всех медицинских назначений. Не пропускал сеансы психотерапии, приходил во время.
4. Полностью признает проблемы, в решении которых ему может помочь психотерапия.
5. Открыто и искренне говорит о себе. Достаточно свободно выражает свои чувства. Во время сеансов держится в доброжелательной манере.
6. Проявлял смелость при выполнении домашних заданий и конфронтации с пугающими ситуациями.
7. Проявлял желание быть самостоятельным, независимым от мнения родителей и др. окружающих его людей.
8. Отсутствие рентных установок и условной выгодности болезни (хотел вернуться к учебе, пойти работать, не быть в тягость родителям).

Дииамика состояния:

Проведено 1 семейная и 17 индивидуальных консультаций.

За это время:

- уже после первых консультаций стал выходить из дома и ездить на консультации сам;
- настроение нормализовалось. Научился не пугаться ухудшений настроения и анализировать ситуации, приводящие к ухудшению настроения. Особенно помогало узнавание и маркировка таких ошибок мышления как поляризованная оценка, персонализация, поспешные обобщения;
- стал заниматься спортом (бегать по утрам), немного похудел;
- восстановил отношения с некоторыми друзьями;
- стал встречаться с девушкой, которая учится в институте, работает в компьютерной фирме, живет отдельно от родителей, без вредных привычек. Б. знал ее и раньше, но считал скучной. Родители Б. были против их встреч, мать обзывалась, скандалила. Родители считали, что Б.

опять, как и в прошлый раз, познакомился с какой-то «плохой» девушкой. Потом, узнав девушку получше, родители несколько успокоились;
- вышел на работу (продавец в магазине);
- в планах было возвращение в институт.

Описание случая 3 (*долгосрочная психотерапия*)

Пациент: А., 52 г., военный в отставке, женат, дочь – студентка.

Диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство, зависимое личностное расстройство. Преобладали компульсии в виде многочисленных ритуалов.

Жалобы: многочисленные ритуалы, выражающиеся в навязчивом желании рассматривать себя (многочасовых рассматриваниях каких-либо образоваиий на коже), до изнеможения делать большое количество однотипных физических упражнений (число выполняемых упражнений должно было быть кратно 30), рассматривать цифры на мобильном телефоне. Перечисленные действия выполнял многократно, начав, не мог остановиться, не мог контролировать желание выполнять эти действия. Из-за этого появилась депрессивная симптоматика. Ушел с работы. Остановить процесс выполнения этих действий могла только жена.

История заболевания: навязчивые мысли и действня первый раз появились 15 лет назад после смерти родственника (онкология). Был госпитализирован, получал медикаментозное лечение. Навязчивости до конца не прошли, но интенсивность резко снизилась. Смог контролировать навязчивости, вернулся к обычной жизни. В течение многих лет алкоголизировался. Несколько лет назад жена уговорила закодироваться. Перестал пить, но навязчивости настолько усилились, что пришлось уйти с работы. Обращался к экстрасенсу, сначала помогало, потом симптоматика усилилась опять. Был госпитализирован и направлен на психотерапию лечащим врачом-психиатром после 2 мес. практически безуспешного медикаментозного лечения.

Пациент очень мотивирован на лечение, ищет помощи, так как буквально вымотан навязчивыми мыслями и действиями, непрерывные навязчивые ритуалы не оставляют времени ни на что другое и негативно влияют на настроение.

Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечеиия и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и в семейной форме.

Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:

1. *Симптоматический уровень (типичные симптомы ОКР)*:
- навязчивые мысли (желание рассматривать себя);
- навязчивые действия (рассматривание кожных образований, физические упражнения и др.);
- депрессивная симптоматика, появившаяся из-за многочасовых навязчивых действий, невозможности контролировать этот процесс, остановиться;

– предполагаемая канцерофобия (возникшая после смерти близкого родственника).

2. Личностный уровень:

Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:

– перфекционизм, проявляющиеся в виде крайней педантичности и аккуратности (малейший непорядок вызывает дискомфорт, беспокойство, эмоциональное напряжение, что приводит к усилению симптоматики. Например, очень тщательно следит за состоянием одежды, обуви. Както на консультации заметил нитку на пиджаке, не успокоился до тех пор, пока не убрал ее);
– алекситимия (никогда не обращал и не обращает внимание на свои чувства, очень бедный эмоциональный словарь, на вопросы о чувствах перечисляет внешние детали и обстоятельства);
- выраженная зависимость в межличностной сфере (не может совершать покупки без жены или дочери). Одежду пациенту выбирает жена. По мнению пациента только она может сказать, подходит ли ему вещь или нет, хорошего ли она качества, не слишком ли она дорогая и др. Совершенно не переносит конфликтов, старается их избегать, очень их боится. Особенно боится конфликтов с женой. Не может ей возразить ни в чем и со всем соглашается: «Она очень хорошая, но командир. Я не выдержу, если она злится» (чего именно не выдержит, уточнить не может). Зависимость пациента выражается, в частности, в стойком убеждении «Я сам ни с чем не могу справиться»).

Когнитивные искажения:

– незрелое поляризованное мышление, проявляющиеся в дисфункциональном убеждении «Нормальная жизнь – это когда все в полном порядке. Все должно быть в полном порядке, идеально организовано, ничего не должно беспокоить. Любой непорядок – это катастрофа».

Это убеждение подкрепляет педантизм и аккуратность пациента, в различных ситуациях повышает уровень тревоги, дискомфорта, приводит к усилению симптоматики. Например, резкое ухудшение состояния вызывали: разрядка аккумулятора в машине, хотя водительский стаж пациента очень большой, и самостоятельно аккумулятор заряжал много раз, но каждый раз, когда что-то подобное происходит с машиной, возникает ощущение сильнейшего дискомфорта (непорядок, который надо срочно устранять). Такую же реакцию в виде сильнейшего эмоционального дискомфорта вызывает любое нежелательное происшествие, например, потеря дочерью студенческого проездного (со слов пациента – это «непорядок, беспокойство, хлопоты, которых нельзя допускать»).

3. Семейный уровень:

– семейная жизнь организована вокруг регулирования обсессивно-компульсивной симптоматики (жена и дочь следят, чтобы А. не делал ри-

туалов, отслеживают его настроение, постоянно контролируют его эмоциональное состояние);
- настроение жены полностью зависит от интенсивности навязчивостей А.: чем больше навязчивостей, тем больше она раздражается;
- выявлен монотонный и депрессогенный стиль жизни (А. с женой никуда не ходили, сам он из книг практически ничего не читал, в обычной жизни нет никаких положительных впечатлений). Фактически, болезнь пациента – это единственное содержание общения между ним и супругой;
- высокий уровень критики со стороны жены (например, А. вымыл пол, жена критикует, что недостаточно чисто);
- детский травматический опыт (доминантная мать, которая требовала и требует полного подчинения от всех членов семьи; алкоголизирующийся отец).

4. *Интерперсональный уровень:*
- фактическое отсутствие социальной сети вне семейного круга.

Последовательность психотерапевтических задач:
1. Работа с обсессивно-компульсивной симптоматикой. Формирование у больного биопсихосоциальной картины заболевания, так как он видит свою болезнь как чисто биологическую и не верит в возможность психологической регуляции своего состояния, т.е. выявления ситуаций, в которых повышается тревога, скрытого смысла ритуала и развития умения противостоять желанию их выполнять.
2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (расширение эмоционального словаря, развитие умения понимать и замечать свое эмоциональное состояние)
3. Преодоление депрессогенного стиля жизни пациента и его семьи (планирование чтения книг, просмотра кинофильмов и др.).
4. Расширение круга общения.
5. Развитие автономии (выработка своего отношения к различным событиям и явлениям, своего мнения и способа действий, повышение толерантности к разногласиям и конфликтам с женой).
6. Снижение степени включенности семьи в регулирование обсессивно-компульсивной симптоматики пациента.

Контртерапевтические факторы:

Наиболее важным контртерапевтическим фактором выступал *высокий уровень алекситимии*. Пациент раньше мало задумывался и говорил о своей психологической жизни, ему очень сложно было отслежнвать свои чувства, не мог ответить не вопросы, что он чувствует, что с ним происходит. Это затрудняло отслеживание изменения настроения, реакций тревоги, фиксирование ситуаций, которые вызвали негативное изменения настроения, выявление негативных автоматических мыслей, что очень важно при работе в русле когнитивно-бихевиоральной психоте-

рапии. К сожалению, пациент так и не смог научиться устанавливать связь между ситуациями, провоцирующими тревогу и ритуалами, как дисфункциональными способами ее снижения.

На сеансах, особенно в начале работы, становился настолько тревожным, что испытывал непреодолимое желание выполнить навязчивое действие, что отнимало время от работы.

В начале работы отказывался от обсуждения семейной ситуации. Боялся представить в невыгодном свете жену, мать, отца. Это мешало осознанию и переработке негативных чувств, возникавших или возникающих у пациента в общении с близкими, а также препятствовало развитию умений быть самостоятельным, самостоятельно справляться с возникающими симптомами ОКР.

Ресурсы пациента.

1. Высокая мотивация к леченню. Признание существования проблем, в которых ему нужна помощь.
2. Доверие к специалистам и способность к кооперации (на сеансе держался в доброжелательной манере, сотрудничал со специалистами, не пропускал сеансы, аккуратно и во время приходил на консультации).
3. Уверенность в полезности психотерапии. Принял на себя роль клиента и часть ответственности за процесс. Старался выполнять все рекомендации, хотя испытывал большие трудности из-за выраженной алекситимии и отсутствии навыков осмысления своей внутренней жизни.

Динамика состояния:

После проведения 35 индивидуальных и двух семейных консультаций:

1. Интенсивность навязчивых мыслей существенно снизилась. Перестал выполнять навязчивые действия. Пропало желание выполнять физические упражнения. Осталось желание рассматривать образования на коже, рассматривать мобильный телефон, но сила желания выполнить эти действия значительно снизилась. Научился справляться, терпеть желание выполнить навязчивое действие. В ходе работы была составлена совладающая карточка, которая очень помогала пациенту («Если я начну делать навязчивое действие, то это приведет к тому, что я не смогу остановиться. Не смогу остановиться, будет хотеться делать это больше и больше. Это путь назад, в болезнь, а не вперед, к здоровью. Поэтому лучше не начинать»).
2. Настроение нормализовалось, т.к. интенсивность навязчивых мыслей снизилась. А. понял, что может контролировать и самостоятельно справляться с навязчивыми действиями. Высвободилось время, которое мог теперь потратить на работу, получение новых впечатлений.
3. Стал лучше справляться с чувством дискомфорта из-за бытовых неурядиц, мелких неполадок с машиной, стал спокойнее относиться к состоянию одежды, менее тщательно следить за порядком дома и др. Перестал относиться к подобным ситуациям, как к катастрофе.

4. Изменился образ жизни. Начал читать художественную литературу, стал получать удовольствие от чтения. С женой стали ходить в кино. Первый раз собрались съездить с женой на отдых за границу (раньше отдыхали «по хозяйству» только на даче, больше нигде и никогда не были).
5. Вышел на работу. Потом сменил работу с повышением. На работе стал больше общаться с коллегами.
6. Отношения в семье существенно не поменялись. Власть сосредоточена у жены, она также часто занимает критикующую позицию по отношению к пациенту, часто обижается на членов семьи. Жена пытается контролировать навязчивости А. и вовлекать в эту деятельность дочь.

Таким образом, нами были выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность. Наличие обсессивно-компульсивных симптомов оказалось связанным с его большей длительностью, что корреспондируется с данными других авторов. Основными контртерапевтическими личностными факторами оказались высокий уровень враждебности и низкая способность к осознанию и интернализации конфликтов. Это также вполне соответствуют наиболее современным данным, в том числе данным о важной роли способности описывать свои проблемы в психологических терминах, получившей в современной психологической литературе по исследованию факторов эффективности название «psychological mindedness». Из семейных факторов наиболее важным оказался уровень эмоциональной открытости и готовности открыто признавать наличие семейных проблем. Низкие показатели по этим параметрам связаны с риском преждевременного прерывания или затягивания лечения. Наконец, к наиболее важным интерперсональным факторам следует отнести уровень социальной интеграции и способность к созданию и укреплению терапевтического альянса. Низкие показатели по этим параметрам также относятся к неблагоприятным прогностическим факторам, что полностью вписывается в наиболее надежные выводы обобщающих обзоров, рассмотренных в Гл. 9.3.

Небольшой количественный состав групп предполагает рассмотрение полученных данных в качестве предварительных. Так, не подтвердилось наше предположение о том, что высокий уровень перфекционизма будет связан с повышенным риском прерывания психотерапии или же затягиванием процесса лечения, хотя имеющиеся данные других авторов указывают на это.

10.5. Задачи психопрофилактики расстройств аффективного спектра в выделенных группах риска

Дети из неблагополучных семей и социальные сироты

Семья является важнейшим условием нормального развития любого ребенка. Напротив, в случае грубых семейных дисфункций (алкоголизация родителей, насилие и другой травматический опыт) именно семья становится фактором различных по тяжести психических нарушений, в том числе расстройств аффективного спектра. Таким семьям необходима серьезная психологическая помощь. Однако бывают ситуации, когда разлука с семьей необходима для спасения жизни ребенка, когда ребенок при живых родителях фактически оказывается социальным сиротой. Дети нередко самостоятельно покидают такие семьи, затянувшийся социальный кризис сопровождается неуклонным ростом числа детей-социальных сирот.

Как было показано выше (см. Гл. 4.1), детские дома не создают необходимых условий для компенсации пережитых травм, потому что не дают травмированному ребенку модели надежного и стабильного мира с возможностью постоянной привязанности. Начиная с послевоенных исследований Дж. Боулби, во всем мире получила признание модель семейного жизнеустройства детей-сирот как наиболее отвечающая интересам развития и психического здоровья ребенка.

Задача компенсации тяжелых последствий травматического опыта предъявляет очень высокие требования приемной семье, которые нередко ложатся непосильным бременем на плечи ее членов. В связи с этим встают сложные психологические задачи подбора семей, имеющих достаточные внутренние ресурсы для такой компенсации, а также психологической помощи этим семьям в сложном процессе интеграции ребенка в замещающую семью (Ослон, 2002). Наконец, не менее сложной психологической задачей является задача реабилитации кровной дисфункциональной семьи, устранения факторов депривации развития, создания условий для возможного возвращения в нее ребенка. *Для решения этих задач социальным работникам и психологам-консультантам необходимы глубокие знания механизмов нормального функционирования семьи, а также механизмов семейных дисфункций.*

Важнейшим путем профилактики сиротства является работа с неблагополучной семьей. Навыки такой работы необходимы как социальным работникам, так и психологам-консультантам, работающим в

центрах поддержки семьи. К сожалению, работа с семьей редко выходит за рамки общих рекомендаций родителям по воспитанию детей, профессиональная психологическая работа с неблагополучной семьей до сих пор - большая редкость. *Отсутствие грамотных специалистов по работе с семьей является одной из основных причин неудач и разочарований при попытках организации замещающей семейной заботы.* Дети отдаются в семьи, а потом все пускается на самотек, а если психологическое сопровождение приемной семьи и осуществляется, то, как правило, стихийное, от здравого смысла, не основанное на научных знаниях.

Научные знания о семье и практика психологической помощи семьям, т.е. семейная психология и психотерапия, были очень мало развиты в нашей стране в силу исторических причин. Начиная с 1980-х гг. происходит медленная и постепенная компенсация пробелов в этих знаниях, накопленных в рамках системного подхода к семье (системной семейной психотерапии) о функционировании и развитии семейной системы, необходимых для эффективной помощи семьям, включая семьи группы риска по социальному сиротству и профессиональные замещающие семьи. Эти знания необходимы каждому специалисту, работающему с семьей – психологу, психотерапевту, социальному работнику.

Дети, помещенные в профессиональную замещающую семью, в свою очередь, сталкиваются с устойчивой системой, где сложились определенные роли и функции, и где им необходимо найти свое место. В приемной семье, как правило, уже есть собственные кровные дети и установление отношений с ними, включение в детскую подсистему, играет не менее важную роль для адаптации, чем взаимодействие с родителями. Иначе говоря, приемный ребенок взаимодействует не просто с взрослым, который занимается его воспитанием, но строит отношения со всей семьей в целом.

Распространенной ошибкой в процессе социального и психологического сопровождения приема является выдвижение на первый план матери или приемных родителей, т.е. преимущественная концентрация на детско-родительских отношениях при игнорировании роли семьи как системы, характеризующейся определенной структурой, паттернами взаимодействия, имеющей свою историю и идеологию, т.е. ценности, традиции, ритуалы. Ребенку необходимо адаптироваться к особенностям функционирования семейной системы как целого (в противном

случае он будет отвергнут). Семьи обладают определенными психологическими характеристиками, которые способствуют либо адаптации приемного ребенка, либо его вытеснению из системы. Поэтому представляется необходимым рассматривать именно системную парадигму в качестве основного методологического подхода к отбору и психологическому сопровождению профессиональной семьи. В нашей стране недостаточно развиты институт приемной семьи и формы помощи семье. Так, обычной практикой помощи приемной семье является коррекционная работа с приемным ребенком, семья же практически не попадает в зону психологической работы. Такая стратегия может приводить к разочарованию в семейной модели жизнеустройства детей, так как одна лишь индивидуальная работа с детьми недостаточна для взаимной адаптации семьи и приемного ребенка

Таким образом, в качестве важнейшей задачи психопрофилактики расстройств аффективного спектра у детей-социальных сирот выступает необходимость их семейного жизнеустройства с последующим психологическим сопровождениям ребенка и семьи. Для успешной интеграции ребенка-сироты в новую семейную систему необходима профессиональная работа по подбору эффективной профессиональной семьи, работа с травматическим опытом ребенка в кровной семье, а также помощь новой семье в сложной структурной и динамической перестройке, связанной с приходом нового члена. Следует помнить, что отторжение ребенка и возвращение его в детский дом является тяжелой повторной травмой, повышает риск развития расстройств аффективного спектра и может негативно сказаться на его способности развивать отношения привязанности в дальнейшем.

Возможности психопрофилактики расстройств аффективного спектра у школьников

Школа с усложненной программой предъявляет к детям повышенные требования, которым необходимо соответствовать. Обеспечивая много знаний, умений, навыков, она может создавать неблагоприятную ситуацию для эмоционального развития ребенка, способствовать формированию депрессивной и тревожной симптоматики, вести к недоразвитию социальных навыков, трудностям в установлении близких дружеских отношений. Возникает задача своевременной оценки эмоционального состояния современных школьников, выявления детей группы риска и профилактики эмоциональных расстройств, а также при необходимости оказание комплексной психологической и медицинской помощи. При этом

в фокусе внимания специалистов должны быть ребенок, его родители (их воспитательные установки), учителя и учебное заведение.

В такой работе наиболее конструктивной представляется опора на введенное Л.С. Выготским понятие «социальная ситуация развития», описывающее весь комплекс условий психического развития ребенка. Не меняя неблагоприятной социальной ситуации развития, трудно помочь ребенку справиться с состоянием эмоциональной дезадаптации, которое во многом является порождением этой ситуации.

Важно подчеркнуть, что в нашей стране возможность влиять на школьную ситуацию у специалистов – психологов ограничена, так как школьный психолог находится в непосредственном подчинении у школьной администрации. Данной ситуации можно противопоставить опыт зарубежных коллег, когда профессиональная психологическая помощь сосредоточена в независимых от школьной администрации центрах. Эти центры обслуживают комплекс школ и работают не только с детьми, но и с педагогическими коллективами. Организация психологической службы в системе образования, доминирующие в образовательной системе ценности и установки требуют дальнейшего обсуждения и преобразования. Так, в психологических службах выделено крайне мало времени на работу с семьей, преобладает установка на индивидуальную и групповую формы работы. Между тем такая работа часто не эффективна без привлечения семьи.

Дети часто переходят в классы с повышенной нагрузкой из других школ и сталкиваются с необходимостью адаптации к новой и трудной ситуации – новые контакты и повышенные нагрузки. Перед родителями важно поставить вопрос, сможет ли их ребенок без ущерба для своего здоровья учиться в подобном учебном заведении и выполнять его требования.

У детей, уже обучающихся по усложненным программам, важно своевременное выявление состояний эмоциональной дезадаптации. Для этого необходимо задействовать психологические службы в школах, учителей, врачей первичной медицинской сети, передать им знания о проявлениях тревоги и депрессии в детском и подростковом возрасте.

Психологам необходимо иметь скрининговые инструменты, позволяющие выявлять детей группы риска по развитию эмоциональных расстройств. В качестве такого инструмента может выступать *Шкала личностной тревожности Прихожан*. Во многих странах для этих целей активно используется *Опросник детской депрессии Ковак*, который в настоящее время валидизирован в лаборатории клинической пси-

хологии и психотерапии МНИИ психиатрии. Предварительные данные показывают, что он надежно выделяет группу риска и более чувствителен к менее тяжелым формам эмоционального неблагополучия, чем *Шкала личностной тревожности Прихожан.*

Меры по коррекции и профилактике эмоциональных нарушений в детском и подростковом возрасте будут эффективными только в случае системного подхода к данной проблеме, который предполагает подключение к психологической работе не только самого ребенка, но и его родителей, а также школы, где он учится и проводит значительное количество времени. Такую работу может вести школьный психолог или психолог медико-психолого-социального центра на базе другого учреждения.

Одним из важнейших факторов, влияющих на развитие эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте, является семья: нарушенные эмоциональные коммуникации (преобладание критики, индуцирование тревоги), дисфункциональные семейные правила (например, правило не доверять окружающим, запрет на открытое выражение эмоций в семье), установки, ценности (например, перфекционистские), высокий уровень тревоги или депрессивные состояния у самих родителей (Гаранян, 2006, 2010; Гаранян с соавт., 2001, Холмогорова, Воликова, 2004, Blatt, 1995, Enns, Cox, Lassen, 2000). Эти аспекты дисфункциональной семейной системы могут быть мишенями психотерапевтической помощи семье ребенка, попадающего в группу риска по развитию депрессивного или тревожного расстройства. Наиболее адекватным методом помощи в данной ситуации является семейное консультирование в рамках семейной системной психотерапии. Однако такой вид помощи может осуществляться только квалифицированным психотерапевтом, подготовленными в области семейного системного подхода.

В школах, да и в семье, взрослые часто поддерживают дух конкуренции среди одноклассников, сравнивают детей друг с другом, прилюдно не только хвалят, но и стыдят, считая, что таким образом они стимулируют ребенка. Дети впитывают такой стиль отношений, формируют на этой основе представление о себе и окружающих. Если ребенка чаще критикуют за отметки, за поведение, сравнивают его с другими детьми не в его пользу, у него может сформироваться негативное представление о себе и своих возможностях, что в свою очередь может привести к повышению уровня тревоги и устойчивым депрессивным переживаниям.

Таким образом, профилактическая работа с детьми должна быть направлена, прежде всего, на развитие эмоциональной сферы ребенка, а также на формирование позитивных и коррекцию уже сформированных у него негативных представлений о себе, о других людях, об окружающем мире, о будущем.

***

Выделение задач интегративной психотерапии и психопрофилактики расстройств аффективного спектра, а также исследование факторов ее эффективности позволяет сделать следующие ***выводы:***

1. Последовательность решения задач интегративной психотерапии определяется системой мишеней расстройств аффективного спектра, выделенной на основе многофакторной психосоциальной модели. Эта последовательность не является жесткой, а определяется спецификой расстройства и каждого индивидуального случая. Таким образом, интеграция осуществляется в соответствии с нормами неклассической науки.
2. Важным с точки зрения прояснения и конкретизации проблем для пациента и установления рабочего альянса, как условия эффективности психотерапии, представляется информационный этап, включающей сведения о психологических факторах и механизмах расстройств аффективного спектра. Для пациентов с расстройствами аффективного спектра нами совместно с Т.В. Довженко и Н.Г. Гаранян были специально подготовлены информационные материалы (Холмогорова, Довженко, Гаранян, 2002), которые приводятся в *Приложении*.
3. Данные катамнеза пациентов подтверждают эффективность разработанной модели интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.
4. Данные пилотажного исследования факторов эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра позволяют выделить следующие наиболее значимые факторы, которые важно учитывать при планировании психотерапевтической работы: 1) к контртерапевтическим факторам относятся черты характера, свойственные шизоидным личностям, низкий уровень субъективного дистресса, высокий уровень враждебности, закрытый стиль коммуникаций в семье, низкий уровень социальной интеграции и устойчиво низкий терапевтический альянс; 2) к прогностически благоприятным показателям относятся: сравнительно молодой возраст, наличие опыта заболевания, высокий уровень

субъективного стресса и прежде всего внутренних конфликтов, т.е. способность к их осознанию и интернализации, низкая враждебность и высокая толерантность по отношению к другим людям, открытость в описании проблем, в том числе семейных, хорошая способность к установлению и развитию рабочего альянса.

5. Для детей из неблагополучных семей и детей -сирот главной задачей является налаживание семейной жизни: 1) социальная и психологическая работа с неблагополучными семьями; 2) семейное жизнеустройство для детей–сирот при обязательном психологическом сопровождении семьи с целью оказании помощи в преодолении травматического опыта жизни ребенка в кровной семье и успешной интеграции в приемную.
6. Для детей, обучающихся в учебных заведениях с повышенной нагрузкой в качестве задач психопрофилактики выступает психологическая работа в следующих направлениях: 1) с родителями и учителями– психообразование, разъяснение психологических факторов расстройств аффективного спектра, снижение перфекционистских стандартов, изменение требований к ребенку, освобождение времени иа отдых и общение с другими детьми, использование похвалы вместо критики в качестве стимула; 2) снижение конкурентной обстановки в классе, отказ от рейтингов и унизительных сравнений детей друг с другом, помощь в переживании неуспеха, позитивирование ошибок как неизбежного компонента деятельности при освоении нового, похвала при любом успехе у ребенка с симптомами эмоциональных нарушений, поощрение взаимопомощи и поддержки между детьми; 3) с детьми – психообразование, развитие навыков психогигиены эмоциональной жизни, культуры переживание неуспеха, более спокойное отношение к оценкам и ошибкам, способность к сотрудничеству, дружбе и помощи другим.

Заключение

Проведенное исследование вносит вклад в прояснение природы и статуса расстройств аффективного спектра, которые являются предметом острых дискуссий среди специалистов. Приведенные в первой главе высокие цифры коморбидности депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств указывают на их общие корни. В настоящее время все большее число исследований подтверждает сложную многофакторную природу этих расстройств и большинство ведущих специалистов придерживаются системных биопсихосоциальных моделей, согласно которым наряду с генетическими и другими биологическими факторами, важную роль играют психологические и социальные.

Полученные данные подтверждают наблюдения специалистов и данные эмпирических исследований об общих психологических факторах этих расстройств: важной роли семейного травматического опыта, различных семейных дисфункций в виде высокого уровня родительской критики и других видов индуцирования негативных эмоций. На основании данных проведенного исследования можно говорить не только о травматизации самих пациентов, но о накоплении стрессогенных событий в их семейной истории. Многим родителям пациентов пришлось пережить тяжелые лишения, типичны алкогольные семейные сценарии, в семьях практиковалось психологическое и физическое насилие.

Исследование семейных факторов расстройств аффективного спектра также выявило много общего в структуре, коммуникациях, семейной истории, нормах и ценностях всех трех обследованных клинических групп. Коммуникации в таких семьях характеризуется индуцированием негативных эмоций: фиксацией на негативных переживаниях и высоким уровенем критики. Накопленные негативные эмоции не могут быть эффективно переработаны, так как другой характерной чертой коммуникации между членами семьи является элиминация эмоций – запрет на открытое выражение чувств. Можно предположить, что семьи развивают определенные компенсаторные стратегии для переработки травматического опыта. Закрытые границы, недоверие к людям, культ силы и сдержанности в семье формируют перфекционисткие стандарты и высокий уровень враждебности у детей, которые ведут к различным когнитивным искажениям, вносящим важный вклад в индуцирование негативного аффекта.

Результаты исследования свидетельствуют о важной роли травматического опыта семейных отношений в генезе расстройств аффективного спектра и их воспроизводстве в следующих поколениях. Из этого вытекает две важнейшие мишени психологической работы – переработка этого травматического опыта, а также помощь в построении новой системы отношений как в семье, так и с другими людьми. Главный дефект этих отношений – неспособность к близкому доверительному контакту. Такой контакт требует культуры эмоционального самовыражения и способности к пониманию эмоций и переживаний других людей. В соответствии с данными регрессионного анализа именно *элиминация эмоций в родительской семье вносит наибольший вклад в нарушения межличностных отношений во взрослом возрасте*. Отсюда вытекает еще одна важнейшая мишень работы с этими пациентами – развитие навыков эмоциональной психогигиены, способности к самопониманию, эмоциональной саморегуляции и доверительным, близким отношениям. Выделенные мишени определили необходимость интеграции разных подходов.

Хочется особо подчеркнуть данные, касающиеся *периферической роли отца в современной семье*. Почти половина здоровых и такой же процент больных оценили своих отцов, как практически не принимающих участия в воспитании. У пациентов высок процент семей, где отцы агрессивны и критичны по отношению к детям. Эти данные касаются еще одной проблемной зоны современной культуры – роли отцовской фигуры в воспитании детей (Калина, Холмогорова, 2010). Семьи больных с аффективными расстройствами характеризуются также глубокими нарушениями родительской подсистемы – отношений между родителями.

Итак, полученные результаты указывают на общие психологические корни и свидетельствуют в пользу унитарного подхода к статусу депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, которого придерживаются многие отечественные специалисты (Вертоградова, 1985; Краснов, 2003; Смулевич, 2003). Однако они позволяют также обозначить определенную специфику этих расстройств и наметить *дифференцированные мишени психотерапии*.

Склонность к соматизации и фиксация на тревоге по поводу здоровья оказалась связана с травмами, имеющими отношение к ущербу здоровью – присутствие при смерти или болезни близких, ранние смерти и тяжелые болезни в семье. Соматизация может рассматриваться как стратегия получения помощи – уровень инструментальной поддержки

у этих пациентов не отличается от здоровых испытуемых. Это может быть важным подкрепляющим фактором соматизации, в силу определенных связанных с ней выгод. Расстройства с выраженной соматизацией, в том числе тревожные и депрессивные, требуют особого психотерапевтического подхода, направленного на преодоление алекситимического барьера и развитие навыков эмоциональной психогигиены.

Наиболее тяжелый травматический опыт, связанный с особо высоким уровнем критики и запретом на выражение чувств, которые зачастую исходили от обоих родителей, наибольшее число разнообразных стрессов в семейной истории оказался характерным для пациентов, склонных к депрессивным реакциям. Депрессивные пациенты страдают также от дефицита социальной поддержки и эмоциональной близости больше, чем пациенты двух других групп. Пациенты с тревожными расстройствами чаще имели симбиотические отношения и отмечали больше поддержки со стороны матери.

Учитывая не спадающую волну социального сиротства в России и значительное число детей, лишенных родительской заботы, переживающих насилие и жестокое обращение, можно ожидать стремительный рост числа пациентов с тяжелыми депрессивными и личностными расстройствами.

Однако материальная обеспеченность и внешнее благополучие семьи не являются гарантией психического благополучия. Процент детей группы риска с эмоциональными нарушениями в некоторых элитарных гимназиях равен таковому среди детей-социальных сирот. *Перфекционистские стандарты и конкуренция ведут к развитию перфекционизма как личностной черты, препятствуют установлению доверительных отношений.*

Все выделенные макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы представляют собой сложную систему мишеней, требующих учета в практической работе. Именно практическим задачам помощи и должна быть подчинена интеграция подходов. Интеграция методов психотерапии, подчиненная практическим задачам и построенная на теоретически и эмпирически обоснованных мишенях помощи, положена в основу модели научно-обоснованной психотерапии в соответствии с современным пониманием статуса неклассических научных дисциплин (Юдин, 1997; Швырев, 2004; Зарецкий, 1989).

Конструктивной для психотерапии расстройств аффективного спектра представляется интеграция когнитивного и динамического подхо-

дов с разработками отечественной психологии о роли рефлексии в развитии эмоциональной саморегуляции и в личностном самоопределении (Алексеев, 2002, Зарецкий, 1984, 1993; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Николаева, 1992, Холмогорова, 2001, 2006). Результатом такой ***интегративной когнитивно-рефлексивной психотерапии*** являются: 1) новая организация мышления – сформированная система умственных действий по отслеживанию, анализу и преобразованию процесса собственного мышления; 2) осознанная жизненная позиция.

Важной задачей данной работы явился также анализ факторов эффективности интегративной расстройств аффективного спектра в сочетании с медикаментозным лечением. Проведенный анализ позволяет сделать *вывод о ведущей роли качества интерперсональных отношений:* высокий уровень враждебности и низкая способность к интернализации конфликтов (осознанию внутренних проблем) и развитию рабочего альянса со специалистами оказывают значимое влияние на продолжительность и эффективность лечения.

Идея создания общей психотерапии, высказанная К. Граве, по духу близка неклассической науки, которая ориентирована не на разработку единой метатеории, а на создание постоянно развивающейся системы предметов и средств практической работы. В соответствии с такой ориентацией предложенная интегративная модель психотерапии расстройств аффективного спектра является принципиально открытой для дополнения ее новыми теоретическими и эмпирическими данными: факторы расстройств, относящиеся к разным уровням модели могут уточняться и дополняться. Соответственно, может меняться число мишеней и вытекающих из них задач психотерапии, для решения которых психотерапевт может черпать наиболее адекватные методы и приемы из тех направлений и школ психотерапии, которые акцентировали эти мишени и задачи и фокусировались на поиске адекватных и эффективных средств для работы с ними.

Практическая работа на основе такой модели не ограничивает свободу психотерапевта в выборе мишеней и приемов работы, а задает для него при построении плана работы с каждым индивидуальным случаем «зону повышенного внимания», т.е. систему факторов и условий, которые необходимо учитывать для эффективной работы. В исследованиях же процесса психотерапии и ее эффективности жестко фиксированным оказывается не протокол лечения, а система средств диагностики его непосредственных и отсроченных результатов.

Список литературы

Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.

Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Чаянов Н.В., Андрющенко А.В., Никишова М.Б. Психометрические показатели агрессии в норме и у больных эндогенной и реактивной депрессией // Клиническая психология. Материалы конф. памяти Б.В. Зейгарник. М., 2001. С. 15–16.

Авербух Е.С. Депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1962.

Адлер А. Индивидуальная психология, ее гипотезы и результаты // Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Прогресс, 1995. С. 18–38.

Александровский Ю.А. О системном подходе к пониманию патогенеза непсихотических психических расстройств и обоснованию рациональной терапии больных с пограничными состояниями // Терапия психич. расстр. 2006. № 1. С. 5–10.

Алексеев Н.Г. Познавательная деятельность при формировании осознанного решения задач : Автореф. дисс.. канд. психол. наук. М., 1975.

Алексеев Н.Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления: Дисс. … докт. псих. наук. М., 2002.

Алексеев Н.Г., Зарецкий В.К. Концептуальные основания синтеза знаний и методов в эргономическом обеспечении деятельности // Эргономика. М.: ВНИИТЭ, 1989. № 37. С. 21–32.

Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации : Автореф. дисс. … канд. мед. наук. М., 1999.

Барлоу Д. (Ред.) Клиническое руководство по психическим расстройствам. М.: Питер, 2008.

Батагина Г.З. Депрессивные расстройства как причина школьной дезадаптации в подростковом возрасте : Автореф. дисс. … канд. мед. наук. М., 1996.

Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении // Моск. Психотерапевтич. журн. 1993. № 1. С. 5–24.

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессий. СПб.: Питер, 2003. 304 с.

Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Становление и сущность системного подхода. М.: Наука, 1973.

Бобров А.Е. Варианты психосоматической дезинтеграции при затяжных непсихотических дистимиях. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики // Тез. Докл. к Пленуму Правления Всеросс. общ. психиатров. Челябинск, сент. 1990. М., 1990. С. 29–30.

Бобров А.Е. Сочетание психо– и фармакотерапевтических подходов при лечении тревожных расстройств // Материалы междунар. конф. психиатров, 16–18 февраля 1998 г. М.: Фармединфо, 1998. С. 201.

Бобров А.Е., Белянчикова М.А. Распространенность и структура психических расстройств в семьях женщин, страдающих пороками сердца (лонгитюдное исследование) // Журн. Невропатол. и психиатр. 1999. № 99. С. 52–55.

Бобров А.Е., Агамамедова И.Н. Сравнительное рандомизированное исследование эффектов фармако– и психотерапии панического расстройства // Материалы Росс. конф. «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных», 11–13 октября, 2006 г. М., 2006. С. 325–326.

Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004. 232 с.

Боуэн М. Теории семейных систем. М.: Когито–Центр, 2005. 496 с.

Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 144 с.

Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. М.: Смысл, 2003. 240 с.

Вассерман Л.И., Беребин. М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.

Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Ющук Е.Н., Школьник Е.Л. Диагностика и лечение депрессий при сердечно–сосудистой патологии. М.: ГОУВУНМЦ, 2004. 50 с.

Вейн А.М., Дюкова Г.М., Попова О.П. Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты ее эффективности // Соц. и клинич. психиатр. 1993. № 4. С. 98–108.

Вельтищев Д.Ю., Гуревич Ю.М. Значение личностных и ситуационных факторов в развитии расстройств депрессивного спектра // Методические рекомендации / Под ред. В.Н. Краснова. М.: Минздрав России, 1994. 12 с.

Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез) / Под ред. О.П.Вертоградовой. М.: Труды Моск.НИИ психиатрии. 1980, №. 91. С. 9–16.

Вертоградова О.П. К соотношению психосоматических и аффективных расстройств // Тез. докл. к V Всеросс. съезду невропатол. и психиатр. М., 1985. Т. 3. С. 26–27.

Вертоградова О.П. Психосоматические расстройства и депрессии (структурно–динамические соотношения) // Тезисы докладов к VIII Всеросс. съезду невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. Т. 3. С. 226–228.

Вертоградова О.П. Тревожно–фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии / под ред. А.Б.Смулевича. М.: РАМН НЦПЗ, 1998. С. 113–131.

Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) // Психические расстройства и сердечно–сосудистая патология / Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1994. С. 19–28.

Вид В.Д. Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии // Обозр. психиатр. и мед.психол. им. В.М.Бехтерева. 1994. №2. С.19–26.

Виттхен Г. Отчет рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии (ECNP) и вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 2005. №. 4. С. 42–46.

Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Соц. и клинич. психиатр. 2006. Т. 16. № 3. С. 22–28.

Воликова С.В. Системно–психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами : Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2006.

Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Галкина А.М. Родительский перфекционизм – фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопр. психол. 2006. № 5. С. 23–31.

Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Кузнецова Д.Ю. Эмоциональные нарушения у детей, оставшихся без попечения родителей // Материалы Росс. конф. «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных», 11–13 октября, 2006 г. М., 2006. С. 331–332.

Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значения для реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М.М.Кабанов, К.Вайзе. М.: Медицина, 1980. С. 223–257.

Воловик В.М. О функциональной диагностике психических заболеваний // Новое в теории и практике реабилитации психически больных / Под ред. М.М. Кабанова, В.М.Воловика, С.Б.Семичова. Л., 1985. С. 26–32.

Волошин В.М., Вострокнутов Н.В., Козлова И.А., Кожевникова В.Ю., Северный А.А., Сюсюкало О.Д., Шевченко Ю.С., Эйдемиллер Э.Г. Состояние и перспективы развития детско–подростковой психиатрии и психотерапии в Российской Федерации // Соц. и клинич. психиатр. 2001. Т. 11, № 1. С. 34–38.

Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч.: в 6 т. М.: Педагогика, 1982 а. Т.1. Вопросы теории и истории психологии. С. 291–436.

Выготский Л.С. Сознание как проблема психологии поведения // Собр. соч.: в 6 т. М.: Педагогика, 1982 б. Т.1. Вопросы теории и истории психологии. С. 63–77.

Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: в 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. Основы дефектологии. С. 231–256.

Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий // Психологическая иаука в СССР. М., 1959. Т. 1. С.441–469.

Гаранян Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии // Моск. психотерапевтич. журн. 1996. № 3. С. 29–48.

Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследования) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31–41.

Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1. // Соц. и клинич. психиатр. 2009. № 1. С. 79–89.

Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дисс. ... док. психол. наук. М., 2010.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Интегративная психотерапия тревожио–депрессивных расстройств // Моск. психотерапевтич. журн. 1996. № 3. С. 141–163.

Гаранян Н.Г. Холмогорова А.Б., Эффективность интегративной когнитивно–динамической модели расстройств аффективного спектра // Соц. и клинич. психиатр. 2000. № 4. С. 45–50.

Гаранян Н.Г. Холмогорова А.Б. Коицепция алекситимии (обзор зарубежных исследований) // Соц. и клинич. психиатр. 2002. № 1. С. 128–145.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., Москова М.В., Войцех В.Ф., Семикин Г.И. Предэкзаменационный стресс и эмоциональные нарушения у студентов младших курсов // Соц. и клинич. психиатр. 2007. № 2. С. 38–42.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерапевтич. журн. 2001. № 4. С. 18–48.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В.Тарабрииой. М.: Институт психологии РАН, 2003. С. 100–113.

Горохов В.Г. Знать, чтобы делать: история инженерной профессии и ее роль в современной культуре. М.: Знание, 1987. 176 с.

Горохов В.Г., Розин В.Н. Формирование и развитие инженерной деятельности // Философские вопросы технического знания. М., 1984.

Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 215 с.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальиая терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 491 с.

Дозорцева Е.Г. Психическая травма и социальное функционирование у девочек–подростков с делинквентным поведением // Росс. психиатр. журн. 2006. № 4. С. 12–16.

Дубяга Е.В., Мещеряков Б.Г. Имплицитная теория разума // Психол. журн. Междуиар. ун–та природы, общества и человека «Дубна». 2010. №1. http://www/psyanima.ru.

Евдокимова Я.Г., Холмогорова А.Б. Интерперсональные факторы эмоционального неблагополучия у студентов первого курса в условиях экзаменационного стресса // Материалы Росс. коиф. «Современные принципы терапии и реабилитации психически больиых», 11–13 октября, 2006 г. М., 2006. С. 338.

Ересько Д.Б., Исурина Г.Л, Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах // Метод. пособие. СПб., 1994.

Зарецкий В.К. Динамика уровневой оргаиизации мышления при решении творческих задач : Автореф. дисс.. канд. псих. наук. М., 1984.

Зарецкий В.К. Исходные методологические представления о движущих силах саморазвития личности в образовательных системах // Психолого-педагогические вопросы продвижения личности в многоуровиевой системе обучения. М.: НИИВО, 1993.

Зарецкий В.К. Эргономика в системе научного знания и инженерной деятельности // Эргономика. М.: ВНИИТЭ, 1989. № 37. С. 8–21.

Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... Культурно–историческая психология. 2007, №3, с. 96–104.

Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Смысловая регуляция решения творческих задач // Исследование проблем психологии творчества. М.: Наука, 1983. С. 62–101.

Зарецкий В.К., Дубровская М.О., Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Пути решения проблемы сиротства в России. М.: ООО «Вопросы психологии», 2002. 205 с.

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Л.: Медицина, 1988. 248 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: изд–во Моск.ун–та, 1986. 280 с.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1813–1819.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. 1989. № 2. С. 122–132.

Иовчук Н.М. Детско–подростковые психические расстройства. М.: НЦ ЭНАС, 2003. 80 с.

Исурина Г.Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы, психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуально–психологических характеристик) : Автореф. дисс.. канд. псих. наук. Л., 1984.

Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Тупицын Ю.Я. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994. С. 109–100.

Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. Спб., 1998. 255 с.

Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Роль отца в психическом развитии ребенка. М.: Форум, 2010. 110 с.

Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1994. Т. 94, № 3. С. 100–107.

Каннабих Ю. В. История психиатрии. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. 528 с.

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб. – М. – Харьков – Минск: Питер, 2000. 536 с.

Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Мелик–Парсаданов М.Ю., Полторак С.В., Степанова Н.Г., Чехлатый Е.И. Соотношение методов долговременной и краткосрочной психотерапии при неврозах / Пособие для врачей. Спб., 2000. 24 с.

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004. 1166 с.

Ким Л.В. Кросс–культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.

Корнетов Н.А. О типологии инициальных проявлений моно – и биполярных аффективных расстройств // Тезисы к докл. научи. конф. «Эндогенная депрессия (клиника, патогенез)». Иркутск, 15–17 сент. 1992. Иркутск, 1992. С. 50–52.

Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. Томск: Изд–во Томского Университета, 2000.

Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития : Автореф. дисс. ... док. психол. наук. М. 1997.

Краснов В.Н. К вопросу о прогнозе эффективности терапии депрессий // Сб.: Ранняя диагностика и прогноз депрессий. М.: МНИИ психиатрии МЗ РФ, 1990. С. 90–95.

Краснов В.Н. Программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Соц. и клинич. психиатр. 2000. № 1. С. 5–9.

Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатр. и психофарм. 2001а. Т. 3. № 5. С. 152–154.

Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // Русс. мед. журн., 2001б. № 25. С. 1187–1191.

Краснов В.Н. Место расстройств аффективиого спектра в современной классификации // Мат. росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М., 2003. С. 63–64.

Краснов В.Н., ДовженкоТ.В., Салтыков А.Г., Вельтищев Д.Ю., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники // Метод. рекомендации № 2000/107. М.: МЗ РФ, 2000. 20 с.

Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Кострома: Авантитул, 2004. 343 с.

Курек Н.С. Исследоваиие эмоциональной сферы больных шизофренией (на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. № 2. С. 70–75.

Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М: ИП РАН, 1996. 245 с.

Лавринович А.Н. Эмоциональная и рефлексивная регуляция мышления у психопатических личностей: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1985.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 256 с.

Лангмайер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984. 336 с.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. 430 с.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.:Политиздат, 1975. 304 с.

Лобачева Л.С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэнодогенных депрессий в последние десятилетия // Мат. межрегион. научно–практич. конф., посвященной 70–летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. Иркутск, 2005. С. 217–219.

Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии // Вопросы психол. 1975. №.2. С. 32–45.

Лэнгле А. Дотянуться до жизни. М.: Генезис, 2010. 124 с.

Любов Е.Б., Саркисян Г.Б. Депрессивные расстройства: фармакоэпидемиологические и клиникоэкономические аспекты // Соц. и клинич. психиатр. 2006. Т.16, №.2. С. 93–103.

Материалы ВОЗ. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001.

Международная классификация болезней (10–й пересмотр). Класс V = Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99) (адаптир. для использ. в РФ) (часть 1). Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.

Мёллер–Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клинич. психиатр. 2004. Т. 14. № 4. С. 5–12.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М.: Класс, 1998. 304 с.

Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. 568 с.

Мосолов С.Н. Резистентность к психофарамакотерапии и методы ее преодоления // Психиатр. и психофарм. 2002. № 4. С. 132–136.

Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М.: Артинфо Паблишинг, 2007. 63 с.

Мунипов В.М., Алексеев Н.Г., Семенов И.Н. Становление эргономики как научной дисциплины // Эргономика. М.: ВНИИТЭ, 1979. №. 17. С. 28–67.

Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Класс, 2001. 384 с.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: изд-во ЛГУ, 1960. 425 с.

Немцов А.В. Алкогольная смертность в России 1980–90-е годы. М., 2001.

Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дисс. ... докт. психол. н. М., 1992.

Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. В.В.Николаевой и П.Д.Тищенко. М.: изд–во МГУ, 1991. С. 80–89.

Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981. 207 с.

Обухова Л.Ф. Возрастная психология. М.: Роспедагенство, 1996. 460 с.

Осипова И.И. Социальное сиротство: теоретический анализ и практика преодоления. Нижний Новгород: Изд–во НИСОЦ, 2009. 207 с.

Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Профессиональная замещающая семья как одна из наиболее эффективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопр. психол. 2001 а № 3. С. 64–77.

Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Психологическое сопровождение замещающей профессиональной семьи // Вопр. психол. 2001. № 4. С. 39–52.

Ослон В.Н. Замещающая профессиональная семья как условие компенсации депривационных нарушений у детей–сирот : Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2002.

Палаццоли М., Босколо Л., Чекин Д., Прата Д. Парадокс и котрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М.: Когито–Центр, 2002. 204 с.

Пантелеева Г.П. Место аффективных и шизоаффективных психозов в современной систематике эндогенных заболеваний // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы) / Под ред. Г.П. Пантелеевой и М.Я. Цуцульковской. М., 1998. С. 68–77.

Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. М.: Аспект–Пресс, 2001. 607 с.

Перре М., Бауман У. (ред.). Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. 1312 с.

Пищулина Ю.А., Руженков В.А., Рычкова О.В. Алекситимия как психологическая защитная реакция на воспитание в дефицитарных условиях детских домов–интериатов // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С.И. Блохиной, Г.А. Глотовой. Екатеринбург: СВ–96, 2004. С. 293–307.

Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. СПб.: Питер, 2004. 202 с.

Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Соц. и клинич. психиатр. 2006. Т.16, № 3. С.12–17.

Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: МПСИ, 2000. 304 с.

Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2–е изд. СПб.: Питер, 2005. 400 с.

Пуговкина О.Д., Никитина И.В., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы // Моск. Психотерапевтич. Журн., 2009. № 1. С. 35–68.

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Особенности эмоционально–личностной сферы больных с терапевтически резистентными депрессиями // Тез. конф. с междунар. участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины», 15–17 февраля 2006 г. СПб., 2006. С. 239.

Пузырей А.А. Психология. Психотехника. Психогогика. М.: Смысл, 2005. 488 с.

Рикер П. Герменевтика. Этика. Политика. М.: «KAMI», 1995. 130 с.

Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. М.: Ваклер, 1997. 320 с.

Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатр. и психофармакотер. №11, 2005. Т. 7, № 2. С. 94–95.

Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопр. психол. 2000. № 3. С. 67–81.

Сафуанов Ф.С. Особенности регуляции деятельности психопатических личностей смысловыми (мотивационными) установками // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. №.12. С. 1847–1852.

Семенов И.Н. Системное исследование мышления в решении творческих задач : Автореф. дисс. … канд. псих. наук. М, 1980.

Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд–во Том.ун–та, 1999. 403 с.

Сичивица О.М. Сложные формы интеграции науки. М.: Высш.шк., 1983. 152 с.

Скэрдеруд Ф. Беспокойство. Путешествие в себя. Самара: Изд. дом «Бахрам–М», 2003. 480 с.

Смирнов С.Д. Методологический плюрализм и предмет психологии // Тр. Ярослав. методол. семинара. Предмет психологии. Ярославль: МАПН, 2004. С.276–291.

Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 425 с.

Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. с соавт. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. М., 1997. С. 28–54.

Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н. с соавт. Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно–фобическими расстройствами // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б.Смулевича. М.: РАМН НЦПЗ, 1998. С. 54–66.

Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989. 216 с.

Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика. М.: Академия, 2002. 366 с.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особеииости личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR – Аргус, 1995. 360 с.

Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М.: Изд–во МГУ, 1988. 200 с.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито–Центр, 2005. 375 с.

Степин В.С. Становление научной теории. Минск: Изд–во БГУ, 1976. 319 с.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Москва.: Когито–Центр, 2001. 268 с.

Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза : Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Л, 1986.

Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. М., 1997. С.12–26.

Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1999. №1. С. 8–10.

Тихонравов Ю.В. Экзистенциальная психология. М.: ЗАО «Бизнес–школа» «Интел–Синтез», 1998. 238 с.

Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение. Аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Соц. и клинич. психиатр. 2003. № 1. С.151–163.

Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Соц. и клинич. психиатр. 2004. №1. С. 87–96.

Тхостов А.Ш. Депрессия и психология эмоций // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. М.: РАМН НЦПЗ, 1997. С. 180–200.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. М: Академический Проект, 2004. 848 с.

Франкл В. Воля к смыслу. М.: Апрель–Пресс – ЭКСМО–Пресс, 2000. 368 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1991. 455 с.

Фрейд З. Печаль и меланхолия // Влечения и их судьба. М.: ЭКСМО–Пресс, 1999. С. 151–177.

Хайм Э., Блазер А., Рингер Х., Томмен М. Проблемно–ориентированная психотерапия. Интегративный подход. М.: Класс, 1998. 272 с.

Холмогорова А.Б. Методика исследования нарушений рефлексивной регуляции мышления на материале определения понятий. // Вестник МГУ. 1983 а. Сер. 14. № 36. С.64–69.

Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: Автореф. дисс. ... канд.психол. наук. М. 1983б.

Холмогорова А.Б. Образование и здоровье // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования / Под ред. В.И. Слободчикова. М.: ИПИ РАО, 1995. С. 288–296.

Холмогорова А.Б. Влияние механизмов эмоциональной коммуникации в семье на развитие и здоровье // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования / Под ред. В.И. Слободчикова. М.: ИПИ РАО, 1996. С. 148–153.

Холмогорова А.Б. Здоровье и семья: модель анализа семьи как системы // Развитие и образование особенных детей / Под ред. В.И. Слободчикова. М.: ИПИ РАО, 1999. С. 49–54.

Холмогорова А.Б. Методологические проблемы современной психотерапии // Вест. психоанал. 2000. № 2. С. 83–89.

Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Моск. психотерапевтич. журн. 2001 а. № 4. С. 6–17.

Холмогорова А.Б. Когнитивиая психотерапия и отечественная психология мышления // Моск. психотерапевтич. журн. 2001 б. № 4. С. 165–181.

Холмогорова А.Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Моск. психотерапевтич. журн. 2002 а. № 1. С. 93–119.

Холмогорова А.Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии (продолжение) // Моск. психотерапевтич. журн. 2002 б. № 2. С. 65–86.

Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств // Соц. и клинич. психиатр. 2002 в. № 3. С.97–102.

Холмогорова А.Б. Личностные расстройства и магическое мышление // Моск. психотерапевтич. журн. 2002 г. № 4. С. 80–90.

Холмогорова А.Б. Многофакторная психосоциальная модель как основа интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра // Материалы XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. М., 2005. С. 429.

Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра : Дис. ... соиск. докт. психол. наук. М., 2006.

Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути. Часть 1 // Моск. психотерапевтич. журн. 2009. № 4 (63). С. 5–25.

Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути. Часть 2 // Консульт. психол. и психотер. 2010 а. № 1 (64). С. 14–37.

Холмогорова А.Б. Общая патопсихология. Том 1. // Учебник Клиническая психология в четырех томах / Под ред. А.Б.Холмогоровой. М: Академия. 2010 б. 459 с.

Холмогорова А.Б., Бочкарева А.В. Гендерные факторы депрессивных расстройств // Материалы XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. М., 2005. С. 389.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Соц. и клинич. психиатр. 2000 а. № 4. С. 5–9.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Особенности семей соматоформных больных // Материалы XIII съезда психиатров России, 10–13 октября 2000 г. М., 2000 б. С. 291.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциоиальных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Моск. психотерапевтич. журн. 2001. № 4. С. 49–60.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Соц. и клинич. психиатр. 2004. № 4. С. 11–20.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.В. Семейные факторы депрессии // Вопр. психол. 2005. № 6. С. 63–71.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть 1: Теоретико–экспериментальное обоснование подхода // Моск. психотерапевтич. журн. 1994. № 2. С. 29–50.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть 2: Мишени, этапы и техники психотерапии неврозов с соматическими масками // Моск. психотерапевтич. журн. 1996 а. № 1. С. 5–73.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Моск. психотерапевтич. журн. 1996 б. № 3. С. 141–163.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Соц. и клинич. психиатр. 1998 а. № 1. С. 94–102.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Применение саморегуляции при расстройствах аффективного спектра // Метод. рекомендации № 97/151. М: МЗ РФ, 1998 б. 22 с.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопр. психол. 1999 а. № 2. С. 61–74.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства в современной культуре // Моск. психотерапевтич. журн. 1999 б. № 2. С. 19–42.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно–бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Учебное пособие / Под ред. А.М. Боковикова. М.: Когито–Центр, 2000. С. 224–267.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни // Психология мотивации и эмоций. Серия: Хрестоматия по психологии / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М., 2002. С. 548–556.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: Юнеско. МГППУ, 2006. 112 с.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., ДовженкоТ.В., Воликова С.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Концепции соматизации: история и современное состояние // Соц. и клинич. психиатр. 2000. № 4. С. 81–97.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В., Краснов В.Н. Роль психотерапии в комплексном лечении депрессий в первичной медицинской сети // Материалы Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства», 1–3 октября 2003. М., 2003. С. 171.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Факторы психологической дезадаптации в студенческой популяции // Вопр.психол. 2009. № 3. С. 14–24.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Соц. и клинич. психиатр. 2009. Т. 19. № 3. С. 92–100.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Соц. и клинич. психиатр. 2010. Т. 20. № 1. С. 70–79.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Соц. и клинич. психиатр. 2003. № 2. С. 15–23.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Краткосрочная когнитивно–бихевиоральная психотерапия депрессий в первичной медицинской сети // Материалы XIII съезда психиатров России, 10–13 октября 2000 г. М., 2000. С. 292.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: http:// medpsy.ru.

Холмогорова А.Б., Дадеко А.А. Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре. // [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3. URL: http:// medpsy.ru (8.11.2010.).

Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г., Воликова С.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств // Соц. и клинич. психиатр. 2002. № 4. С. 61–65.

Холмогорова А.Б., Дроздова С.Г. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Материалы XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. М., 2005. С. 396.

Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса Интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: http:// medpsy.ru (8.11.2010).

Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра // Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава. М.: 2007. 24 с.

Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д., Воликова С.В., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Факторы эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра // Консульт. психол. и психотер. 2010. № 2. С. 77–109.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Прогресс Универс, 1993. 480 с.

Хорни К. Наши внутреиние конфликты. Невроз и развитие личности // Собр. соч.: в 3 т. М.: Смысл, 1997. Т. 3. 688 с.

Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики // Семейная психология и семейная терапия (тематическое приложение). М., 1997. 160 с.

Швырев В.С. Пружинин Б.И. Рациональность как философская проблема // Рациональность как предмет философского исследования / Под ред. Б.И.Пружинина, В.С.Швырева. М.: ИФРАН, 1995. С. 3–20.

Шиньон Ж.М. Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств // Синапс. 1991. № 1. С. 15–30.

Шмаонова Л.М. Неврозы // Справочник по психиатрии. / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1985. С. 226–233.

Шмаонова Л.М., Бакалова Е.А. Клинико–эпидемиологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрический кабинет территориальной поликлиники / Мат. конф. Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. М.,1998. С. 113–114.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2000. 656 с.

Элленбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ // Экзистенциальная психология. Экзистеиция. М.: Апрель–Пресс, ЭКСМО–Пресс, 2001.

Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., Довженко Т.В., Холмогорова А.Б. Шкала Л. Дерогатис (SCL–90) в диагностике соматоформных расстройств // Соц. и клинич. психиатр. 2000. Т. 10, № 4. С. 10–16.

Юдин Э.Г. Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки. М.: Наука, 1978. 391 с.

Юдин Э.Г. Методология науки. Системность. Деятельность. М.: Эдиториал УРСС, 1997. 444 с.

Юревич А.В. Интеграция психологии: утопия или реальность? // Вопр.психол. 2005. №3. С.16–28.

Ablon J.S., Jones E.E. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health. Treatment of Depression Collaborative Research Programm // J. of Consul. and Clin. Psychol. 1999. V. 67 (1). P. 64–75.

Abraham K. Notes on the psycho–analytic investigation and treatment of manic–depressive insanity and allied conditions // Selected Papers on Psycho–Analysis. London: Hogarth Press and Institute of Psycho–Analysis, 1911.

Addis M.E., Wade W.A., Hatgis C. Barriers of dissemination of evidence based practices: Address practioner's concerns about manual–based psychotherapies // Clin. Psychol.: Science and Practice. 1999. V. 6. P. 430–441.

Akiskal H., Hirschfeild R.M., Yerevanian B. The relationship of personality to affective disorders: a critical review // Arch. Gen. Psychiat. 1983. V. 40. P. 801 -810.

Akiskal H., McKinney W. Overview of recent research in depression: integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame // Arch. Gen. Psychiat. 1975. V. 32 (2). P. 285–305.

Akiskal H., et al. Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating subaffective dysthymias from character–spectrum disorders // Arch. Gen. Psychiat. 1980.V. 37. P. 777–783.

Alford B.A., Beck A.T. The integrative power of cognitive therapy. N.Y. London: The Gilford Press, 1997. 197 p.

Allgulander C., Burroughs T., Rice J.P., Allebeck P. Antecedents of Neurosis in a Cohort of 30.344 Twins in Sweden // Anxiety. 1994/1995. V. 1. P. 175–179.

Angst J., Ernst C. Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie // Weibliche Identität im Wandel. Studium General 1989/1990. Heidelberg: Ruprecht–Karls–Universität. 1990. S. 69–84.

Angst J., Merikangas K.R., Preisig M. Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community // J. Clin. Psychiat. 1997. V. 58, (8). P. 6–40.

Apley J. The Child with abdominal pains. Blackwell: Oxford, 1975.

Arietti S., Bemporad J. Depression. Stuttgart: Klett–Cotta, 1983. 505 p.

Arkowitz H. Integrative theories of therapy // History of Psychotherapy / D.K. Freedhein (Ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1992. P. 261–303.

Armbuster P., Fallon T. Clinical, sociodemographic and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic // Am. J. of Orthopsychiat. 1994. V. 64. P. 577–585.

AuBuchon P.G., Malatesta V.J. Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy // J. of Clin. Psychiat. 1994. V. 55. P. 448–453.

Bandura A.A. Self–efficacy: Toward a unifying theory of behavior change // Psychol. Review. 1977. V. 84. P.191–215.

Barlow D.H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. N.Y.: Guiford. 1988. 704 p.

Barlow D.H., Cerny J.A. Psychological treatment of panic: Treatment manuals for practitioners. N.Y.: Guilford. 1988. 230 p.

Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K., Cleary P.D. Hypochondriacal patients beliefs about good health // Am. J. of Psychiat. 1993. V. 150. P.1085–1089.

Barsky, A.J., Geringer E., Wool C.A. A cognitive–educational treatment for hypochondriasis // Gen. Hospital Psychiat. 1988. V. 10. P. 322–327.

Barsky A.J., Wyshak G.L. Hypochodriasis and somatosensory amplification // Brit. J. of Psychiat. 1990. V.157. P. 404–409.

Beck A.T. Cognitive therapy and emotional disorders. N.Y.: American book, 1976.

Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. N.Y.: Basic books, 1985.

Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. Cognitive therapy of depression. N.Y.: Guilford, 1979.

Beck A.T., Steer R.A. Beck Anxiety Inventory. San Antonio: The Psychological Cooperation, 1993.

*Beckham E.*E. Improvement after evoluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect // J. of Clin. Psychol. 1988. V. 45. P. 945–950.

Berenbaum H., James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // Psychosom. Med. 1994. V. 56. P. 363–359.

Bergin A.E. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change / A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.). N. Y: John Wiley & Sons, 1971. P. 217–270.

Bergin A.E., Garfield S.L. (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: John Wiley& Sons, 2004.

Beutler L.E., Hamblin D.L. Individualized outcome measures of internal change: Methodological considerations // J. of Consul. Clin. Psychol., 1986. V. 54. P. 48–53.

Beutler L.E., Moleiro M., Malik M., Harwood T.M. The UC Santa Barbara Study of fitting therapy patients: First results // A paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research Chicago, 2000.

Bibring E. The mechanism of depression // Affective disorders / P.Greenacre (Ed.). N.Y.: International Univ. Press, 1953. P.13–48.

Bifulco A., Brown G.W., Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life // Brit. J. of Psychiatr. 1991. V. 159. P. 115–122.

Bishoff M.M., Tracey T.J.G. Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence // J. of Counsel. Psychol. 1995. V. 42. P. 487–495.

Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism // Am. Psychologist. 1995. V. 50. P. 1003–1020.

Blatt S., Felsen I. Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patient's characteristics on therapeutic process and outcome // Psychother. Research. 1993. V. 3. P. 245–259.

Blatt S.J., Homann E. Parent–child interaction in the etiology of dependent and self–critical depression // Clin. Psychol. Review. 1992. V. 12. P. 47–91.

*Blatt S.*J., Quinlan D.M., Pilkonis P.A., Shea M.T. Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression // J. of Counsel. Clin. Psychol. 1995. V. 63. P. 125–132.

Blatt S.J., Sanislow C.A., Zuroff D.C., Pilkonis P.A. Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // J. of Counsel. Clin. Psychol. 1996. V. 64. P. 1276–1284.

Blatt S., Wein S. Parental representation and depression in normal young adults // J. Abnorm. Psychol. 1979. V. 88, № 4. P. 388–397.

Bleichmar H.B. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment // Int. Psycho–Anal. 1996. V. 77. P. 935–960.

Blumer D., Heilbronn M. The pain prone disorder: a clinical and psychological profile // Psychosomatics. 1981. V. 22. P.24–28.

Bohart A.C., O'Hara M., Leitner L.M. Empirically violated treatments: disenfranchesment of humanistic and other psychotherapies // Psychother. research. 1998. V. 8. P. 141–147.

Bohmann M., Cloninger R., Knorring von A.–L., Sigvardsson S. An adoption study of somatoform disorders. Cross–fistering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality // Arch. Gen. Psychiat. 1984. V. 41. P. 872–878.

Bowen M. Family therapy in clinical practice. N.Y.: Jason Aronson, 1978.

Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. Geneva: World Health Organization, 1951.

Bowlby J. Distruption of affectional bonds and its effects on behavior // Canada's Mental Health Suppl. 1969. V. 59. P. 12–19.

Bowlby J. Attachment and loss: Separation: anxiety and anger. N.Y.: Basic Books, 1973. V. 2. 270 p.

Bowlby J. Attachment and loss: Loss, sadness and depression. N.Y.: Basic Books, 1980. V. 3. 472 p.

Bowlby J. A secure base: Parent–child attachment and healthy human development. N.Y.: Basic Books, 1988. 205 p.

Bradley B.P., Mogg K.M., Millar N. & White J. Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression and awareness // J. of Abnorm. Psychol. 1995. V. 104 (3). P. 532–536.

*Brehm S.*S. The application of social psychology to clinical practice. Washington, DC: Hemishere, 1976.

Bremner J.D., et al. Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report // Biol.Ppsychiat. 1997. V. 41. P. 23–32.

Brooks R.B., Baltazar P.L., Munjack D.J. Co–occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder: A review of the literature // J. of Anxiety Disord. 1989. V. 1. P. 132–135.

Brown E.J., Heimberg R.G., Juster H.R. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment // Behav. Therapy. 1995. V. 26. P. 467–486.

Brown G.W., Harris T.O. Social origins of depression. London: Free Press, 1978.

Brown G.W., Harris T.O. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder a tentative overall model // Develop. and Psychopathol. 1990. V. 2. P. 311– 328.

Brown G.W., Harris T.O., Bifulco A. Long–term effects of early loss of parent // Depression in young people: developmental and clinical perspectives / M. Rutter, C.E. Izard, and P.B. Read (Eds.). N.Y.: The Guilford Press, 1986.

Brown G.W., Harris T.O., Eales M.J. Atiology of anxiety and depressive disorders in an inner–city population. Comorbidity and adversity // Psychol. Med. 1993. V. 23. P. 155–165.

Brown G.W., Morgan P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes // Brit. J. of Psychiat. 1994. V. 165. P. 447–456.

Brugha T. Social support // Current Opinion in Psychiat. 1988. V. 1. P. 206–211.

Brugha T. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence // Social support and psychiatric disorders / T. Brugha (Ed.). Cambridge: University Press, 1995.

Burns D. The spouse who is a perfectionist // Med. aspects of Human Sexuality. 1983. V. 17. P. 219–230.

Burns D.O., Spangler D.L. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive–behavioral therapy, does improvement lead to increased homework compliance? // J. of Consult. Clin. Psychol. 2000. V. 68. P. 46–56.

Cash T. The Body Image Workbook. Oakland: New Harb. Publ. 1997.

Caspar F. Perspectives on Psychotherapy Integration. Balanced Psychotherapy research // IFP Newsletter. 2010. V.1. P. 11–17.

Caplan G. Support Systems // Support Systems and Community Mental Health / G. Caplan (Ed.). N.Y.: Basic Books, 1974.

Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance // Am. J. of Epidemiol. 1976. V. 104. P. 115–127.

Cathebras P.J., Robbins J.M., Heaton B.C. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior and outcome // J. Gen. Intern. Med. 1992. V.7. P. 276–286.

Chambless D.L., Tran G.Q., Glass C.R. Predictors of response to cognitive–behavioral group therapy for social phobia // J. of Anxiety Disord. 1997. V. 11. P. 221–240.

Champion L.A., Goodall G.M., Rutter M. Behaviour problems in childhood and acute and chronic stressors in early adult life: I. A twenty year follow–up study // Psychol. Med. 1995. P. 66–70.

Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. Cognitive theory and therapy of depression. N.Y.: Wiely, 1999. 209 p.

Clark D., Beck A., Stewart B. Cognitive specificity and positive–negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression? // J. of Abnorm. Psychol. 1990. V.99 (2). P. 148–155.

Clark L., Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications // J. of Abnorm. Psychol. 1991. V. 100. P. 316–336.

Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants // Arch. Gen. Psychiat. 1987. V. 44. P. 573-588.

Compton A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. Developments in the theory of anxiety // J. Am. Psychoanal. Assoc. 1972 a. V. 20. P. 3–44.

Compton A. A study of the psychoanalytic theory of anxiety. II. Developments in the theory of anxiety since 1926 // J. Am. Psychoanal. Assoc. 1972 b. V. 20. P. 341–394.

Cottraux J., Mollard E. Cognitive therapy for phobias // Cognitive psychotherapy. Theory and practice / C. Perris (Ed.). N.Y.: Springer Verlag, 1988. P. 179–197.

Crook T., Eliot J. Parental death during childhood and adult depression // Psychol. Bull. 1980. V. 87. P. 252–259.

Dattilio F.M., Salas–Auvert J.A. Panic disorder: assessment and treatment through a wide–angle lens. Phonix: Zeig, Tucker, Co. Inc., 2000. 313 p.

Declan Sh. Dyads and triads of abuse, bereavement and separation: a survey in children attending a child and family center // Irish J. Psychol. Med. 1998. V. 15 (4). P. 131–134.

DeRubies R. J., Crits–Chistoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders // J. of Consul. and Clin. Psychol. 1998. V. 66. P. 17–52.

Diamond D., Clarkin J., Levine H., Levy K., Foelsch P., Yeomans F. Attachment theory and borderline personality disorder: A preliminary report // Psychoanal. Inquiry. 1999. V. 19. P. 831–884.

Doctor R.M. Major results of a large–scale pre–treatment survey of agoraphobics. // Phobia: a comprehensive survey of modern treatments / R.L. Dupont (Ed.). N.Y.: Brunner&Mazel, 1982.

Dodge K.A. Social cognition and children' s aggressive behavior // Child Develop. 1980. V. 1. P. 162–170.

Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.R. Overview and prospects for research on stressful life events. 1974. 310 p.

Dozier M., Lomax L., Tyrrell C. Psychotherapy's challenge for adults using deactivating attachment strategies. Manuscript. University of Delaware, 1996.

Duggan C., Sham P. et al. Family history as a predictor of poor long – term outcome in depression // Brit. J. of Psychiat. 2000. V. 157. P. 185–191.

Dürssen A.M. Die «Kognitive Wende» in der Verhaltenstherapie – eine Brücke zur Psychoanalyse // Nervenarzt. 1985. B. 56. S. 479–485.

Dworkin S.F. et al. Multiple pains and psychiatric disturbance // Arch. Gen. Psychiat. 1990. V. 47. P. 239–244.

Eames V., Roth A. Patient attachment orientation and the early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and raptures // Psychother. Research. 2000. V. 10. P. 421–434.

Easburg M.G., Jonson W.B. Shyness and perceptions of parental behavior // Psychol. Reports. 1990. V. 66. P. 915–921.

Eaton J.W., Weil R.J. Culture and mental disorders: A comparative study of the Hutterites and other populations. Glencoe: Free Press, 1955.

Ellis A. A note on the treatment of agorophobic's with cognitive modification versus prolong exposure in vivo // Behavior. Research and Therapy. 1979. Vol. 17. P. 162–164.

Engel G.L. «Psychogenic» pain and the pain–prone patient // Amer. J. Med. 1959. Vol. 26. P. 899–918.

Engel G.L. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin // Normalitüt und Abweichung / H. Keupp (Hrsg.). München: Urban & Schwarzenberg, 1979. S. 63–85.

Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American J. of Psychiatry. 1980. V. 137. P. 535–544.

Engel G.L., Schmale A.H. Eine psychoanylitische Theorie der somatischen Störung // Psyche. 1967. V. 23. S. 241–261.

Enns M.W., Cox B. Personality dimensions and depression: Review and Commentary // Canadian J. Psychiat. 1997. V. 42 (3). P. 1–15.

Enns M.W., Cox B.J., Lassen D.K. Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions // Canadian J. of Psychiat. 2000. V. 45. P. 263–268.

Epstein N., Schlesinger S., Dryden W. Cognitive–behavioral therapy with families. N.Y.: Brunner–Mazel, 1988. 321 p.

Escobar J.I. et al. Somatization in the connunity // Arch. of Gen. Psychiat. 1987. V. 44. P. 713–718.

Escobar J.I., Canino G. Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates // Brit. J. of Psychiat. 1980. V. 154. P. 24–27.

Fava M. Anger attacks in unipolar depression. Part 1: Clinical correlates and response to fluoxetine treatment // Am. J. Psychiat. 1993. V. 150(9). P. 1158–1162.

Feinstein A.R. The pre–therapeutic classification of chomorbidity in chronic disease // J.Chron. Diseases. 1970. V.23. P. 455–468.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Mogan G.S., Higgit A.C. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. // Infant Mental Health. 1991. V. 13. P. 200–216.

Frances A. Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: a comparison // Compr. Psychiatry. 1992. V. 23. P. 516–527.

Frances A. et al. The classificatiom of panic disorders: from Freud to DSM–IV // J. Psychiat. Res. 1993. V. 27, Suppl. 1. P. 3–10.

Frank E., Kupfer D.J., Jakob M., Jarrett D. Personality features and response to acute treatment in recurrent depression // J. Personal. Disord. 1987. V. 1. P. 14–26.

Frost R., Heinberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. A comparison of two measures of perfectionism // Pers. Individ. Differences. 1993. V. 14. P. 119–126.

Frued S. How anxiety originates. London: Hogarth Press, 1966.

Gaston L., Marmar C.R., Gallagher D., Thompson L.W. Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral cognitive, and brief dynamic psychotherapy // Psychother. Theory, Research, Practice, Training. 1989. V. 26. P. 296–302.

Gehring T.M., Debry M., Smith P.K. The Family system test FAST: theory and application. London: Brunner–Routledge –Taylor & Francis Group, 2001. 293 p.

George L.K., Blazer D.G., Hughes D.C. Social support and the outcome of major depression // British J. of Psychiat., 1989. V. 154. P. 478–485.

Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blachburn I.M. A meta–analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients // J. of Consult. and Clin. Psychology. 1998. V. 66. P. 59–72.

Goldstein A.P., Stein N. Prescriptive psychotherapies. N.Y.: Pergamon, 1976.

Gonda T.A. The relation between complaints pain and family size // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1962. V. 25. P. 292–302.

Gotlib J.H., Mount J. et al. Depression and perception of early parenting: a longitudial investigation // British J. of Psychiatry. 1988. V. 152. P. 24–27.

Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998. 773 s.

Grawe K. Agents of Change in the Processes of Psychotherapy. Part I // IFP Newsletter. Zürich. June 2006. P. 7–17.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie in Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994.

Greenblatt M., Becerra R.M., Serafetinides E.A. Social networks and mental health: an overview // American J. of Psychiat.1982.V. 139. P. 77–84.

Grogan S. Body Image. Understanding Body dissatisfaction in Men, Women and Children. London and N. Y.: Routledge, 1999.

Gross R., Doerr H., Caldirola G., Ripley H. Boderline syndrom and incest in chronic pelvic pain patients // Int. J. Psychiatr. Med. 1980/1981. V. 10. P. 79–96.

Grossmann K.E., Grossmann K. Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in longitudinal perspective. // Attachment Across the Life cycle / C.M. Parcers, J. Stevenson–Hinde and P. Marris.(Eds.) London: Routledge, 1991. P. 93–114.

Guidano V.F. A system process–oriented approach to cognitive therapy // Handbook of cognitive–behavioral therapies / K. Dobson. (Ed.). 1988. N.Y.: Guildford press. P. 214–272.

Harvey R., Salih W., Read A. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients // Lancet. 1983. P. 632–634.

Hautzinger M., Meyer T.D. Diagnostik Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2002. 119 s.

Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior // Br. J. Psychiatry. 2000. V. 177. P. 484–485.

Hazan C., Shaver P. Love and work: an attachment–theoretical perspective // J. of Personal. and Soc. Psychol. 1990. V.59. P. 270–280.

Hecht H. et al. Anxiety and depression in a community sample // J. Affect. Disord. 1990. V. 18. P. 13877–1394.

Heerlein A., Richter P., Gonzalez M., Santander J. Personality patterns and outcome in depressive and bipolar disorders // British J. of Psychiat. 1998. V. 31 (1). P. 15–22.

Heim C., Owens M. Role of early adverse life events in the pathogenesis of depression. // WPA Bull. on Depress. 2001. V. 5. P. 3–7.

Henderson S. Personal networks and schizophrenias // Australian and New Zealand J. of Psychiat. 1980. V. 14. P. 255–259.

*Henry W.*P. Science, politics, and the politics of science: The use and measure of empirically validated treatment research // Psychother. Research. 1998. V. 8. P. 126–140.

Hewitt P., Flett G. Perfectionism and depression: a multidimensional study // J. Soc. Behav. Pers. 1990. V. 5(5). P. 423–438.

Hewitt P., Flett G. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology // J. of Personal. and Soc. Psychol, 1991. V. 60(3). P. 456–470.

Hill J., et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms // Brit. J. of Psychiat. 2001. V. 179. P. 104–109.

Hill L., Blendis L. Physical and psychological evaluation of «non–organic» abdominal pain // Gut. 1967. V. 8. P. 221–229.

Hirschfield R. Does personality influence the course of depression? // WPA Bull. on Depress. 1998. V. 4 (15). P. 6–8.

Hirschfield R. WPA. Teaching Bulletin in Depression. 2000. V. 4. P. 7–10.

Hoberman H.M., Levinsohn P.M., Tilson M. Group treatment of depression: Individual predictors of outcome // J. of Consult. Clin. Psychol. 1988. V. 56. P. 393–398.

*Hooley J.*M., *Taesdale J.D.* Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism // J. of Abnorm. Psychol. 1989. V. 98. P. 229–235.

Horowitz M.J., Marmar C.M., Weiss D.S., DeWitt K.N., Rosenbaum R. Brief psychotherapy of bereavement reactions // Arch. of Gen. Psychiat. 1984. V. 41. P. 438–448.

Hudgens A. The social worker's role in a behavioral management approach to chronic pain // Soc. Work Health Care. 1977. V. 3. P. 77–85.

Hudhes M. Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observation of 23 children and their families // Amer. J. Orthopsychiat. 1984. V. 54. P. 146–155.

Hudson J., Pope Y. Affective spectrum disorder // Am. J. Psychiat. 1994.V. 147(5). P. 552–564.

Hughes M., Zimin R. Children with psychogenic abdominal pain and their families // Clin. Pediat. 1978. V. 17. P. 569–573.

*Hupert J.*D., *Bufka L.E., Barlow D.H., Gormon J.M., Shear M.K., Woods S.W.* Therapists, therapist variables, and CBT outcome for panic disorder: Results from a multicenter trial // J. of Consult. Clin. Psychol. 2001. V. 69. P. 747–755.

Ingram R.E. Self–focused attention in clinical disorders: Review and conceptual model // Psychol. Bull. 1990. V. 107. P. 156–176.

Ingram R.E., Hamilton N.A. Evaluating precision in the social psychological assessment of depression: Methodological considerations, issues, and recommendations // J. of Social and Clin. Psychol. 1999. V. 18. P. 160–168.

*Jenike M.*A Approaches to the patient with treatment–refractory obsessive compulsive disorder // J. of Clin. Psychiatry, 1990. V. 51. P. 15–21.

Joyce P.R., Mulder R.T., Cloninger C.R. Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression // J. Affect Disord. 1994. V. 30. P. 35–46.

Kadushin A. Children in Foster Families and Institutions // Social Service Research: Review of Studies / H. Maas (Ed.). Washington D.S.: National Association of Social Workers, 1978.

Kagan J., Reznick J.S., Gibbons J. Inhibited and uninhibited type of children // Child Develop. 1989. V. 60. P. 838–845.

Kandel D.B., Davies M. Adult sequel of adolescent depressive symptoms // Arch. Gen. Psych. 1986. V. 43. P. 225–262.

Katon W. Depression: Relation to somatization and chronic medical illness. // J. Clin. Psychiatry. 1984. V. 45 (3). P. 4–11.

Katon W. Improving antidepressant treatment of patients with major depression in primary care. // WPA Bull. on Depress. 1998. V. 4 (16). P. 6–8.

Katsching H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. // World psychiatry. Orig. J. of the Psychiat. Associat. (WPA). 2010. V.9 (1). P. 21–28.

Kazdin A.E. Integration of psychodynamic and behavioral psychotherapies: Conceptual Versus Empirical Synthesis // Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible? / In: H. Arkowitz, B. Messer (Eds.). N.Y.: Basic, 1984. P. 223–248.

Kazdin A.E. Combined and multimodal treatment in child and adolescent psychotherapy: Issues, challenges and research directions // Clinical Psychology: Science and Practice. 1996. V. 133. P. 69–100.

Kellner R. Somatization. Theories and Research // J. of Nervous and Mental Disease. 1990. V. 3. P. 150–160.

Kendell P.C., Holmbeck G., Verduin T. Methodology, design and evaluation in psychotherapy research // Handbook of psychotherapy and behavior change / M.J. Lambert, A.E Bergin and S.L.Garfield (Eds.). N.Y.: Wiley, 2004. P. 16–43.

Kendell R.E. Die Diagnose in der Psyhiatrie. Stuttgart: Enke, 1978. 452 s.

Kendler K.S., Kessler R.C. et al. Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression // Am. J. of Psychiatry. 1995. V. 152. P. 833–842.

Kendler K.S., Kuhn J., Prescott C.A. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression // Am. J. Psychiat. 2004. V. 161. P. 631–636.

Kendler S., Gardner C., Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in woman // Am. J. Psychiat. 2002. V. 159(7). P. 1133–1145.

Kernberg O., Burstein *E., Coyne L., Applebaum A., Horowitz L., Voth H.* Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project // Bull. of the Menninger Clinic, 1972. V. 36. P. 1–275.

Kessler R.S., et al. Life–time and 12 month prevalence of DSM–III–R psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey // Arch.Gen. Psychiat. 1994. V. 51. P. 8–19.

Kessler R.S., Frank R.G. The impact of psychiatric disorders on work loss day // Psychol. Med. 1997.V. 27. P. 861–863.

Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Integration of cognitive and psychodynamic approaches in the psychotherapy of somatoform disorders // J. of Russian and East European Psychology. 1997. V. 35 (6). P. 29–54.

Kholmogorova A.B., Garanian N.G. The integration of cognitive and dynamic approaches in the psychotherapy of emotional disorders // J. of the Association of European psychiatrists. Copenhagen, 20–24 September, 1998. P. 272.

Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Vernüpfung kognitiver und psychodynamisher Komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 2000. V. 51. P. 212–218.

Kholmogorova A.B., Garanian N.G., Dovgenko T.V. Combined therapy for anxiety disorders // Conf. The Synthesis between psychopharmacology and psychotherapy. Jerusalem, November 16–21. 1997. P. 66.

Kholmogorova A.B., Volikova S.V. Familiarer Kontext bei Depression und Angsto¨rungen // J. of the Association of European Psychiatrists. Copenhagen, 20–24 September. 1998. P. 273.

Klein D.F. Delineation of two drug–responsive anxiety–syndromes // Psychofarmacologia. 1964. V. 5. P. 397–402.

Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. 1996. V. 13. P. 1–12.

Klerman G.L., DiMascio A., Weissman M., Prusoff B., Paykel E.S. Treatment of depression by drugs and psychotherapy // Am. J. of Psychiat. 1974. V. 131. P. 186–191.

Klerman G.L., Weissman M.M., B.J. Rounsaville, E.S. Chevron P. Interpersonal psychotherapy of depression. Northvale–New Jersey–London: Lason Aronson inc., 1997. 253 p.

Kortlander E., Kendall P.C., Panichelli–Mindel S.M. Maternal expectations and attribution about coping in anxious children // J. of Anxiety Disorders. 1997. V. 11. P. 297–315.

Kovacs M. Akiskal H.S., Gatsonic C. Childhood onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective outcome // Arch. Gen. Psychiat. 1994. V. 51. P. 365–374.

Kreitman N., Sainsbury P., Pearce K., Costain W. Hypochondriasis and depression in out–patients at a general hospital // Brit. J. Psychiat. 1965. V. 3. P. 607–615.

Krupnick J., Sotsky S., Watkins J., Elkin I., Pilkonis P. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and psychopharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program // J. Consult. Clin. Psychol. 1996. V. 64 (3). P. 532 –538.

Krystal J.H. Integration and self–healing. Affect, trauma and alexithymia. Hillsdale. N. J.: Analytic Press, 1988.

Lambert M.J. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapies // Handbook of psychotherapy integration / J.C. Norcross, M. R. Goldfried (Eds.). N.Y.: Basic, 1992.

Lambert M.J., Anderson E.M. Assessment for the time–limited psychotherapies // Review of Psychiatry / L.J. Dickstein, M.B. Riba and J.M. Oldham (Eds.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. P. 23–42.

Lambert M.J., Bergin A.E. Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome // The handbook of clinical psychology / C.E. Walker (Eds.). N.Y.: Wiley, 1983. P. 205–241.

Lambert M.J., Garfield S.L., Bergin A.E. Overview, Trends and Future Issues. // Handbook of Psychotherapy and Behavior change / S.L. Garfield, A.E Bergin (Eds.). N.Y.: Wiley, 2004.

Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects // J. of Consult. and Clin. Psychology. 2001. V. 69. P. 159–172.

Lecrubier Y. Depression in medical practice // WPA Bull. on depress. 1993. V. 1. P. 1–3.

Leff J. Culture and differentiation of emotional states // Br. J. of Psychiatry. 1973. V. 123. P. 299–306.

Lennard H.L., Bernstein A. The anatomy of psychotherapy: Systems of communication and expectation. N.Y.: Columbia University Press, 1960. 636 p.

Lewinsohn P.M., Rosenbaum M. Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives and non–depressives // J. Pers. Soc. Psychology. 1987. V. 52. P. 137–152.

Liotti G. Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // Cognitive psychotherapy. Theory and Practice / C. Perris (Ed.) Berlin–Heidelberg– N.Y.: Springer–Verlag, 1988. P. 62–80.

Lipowski Z. J. Holistic – Medical Foundations of American Psychiatry: A Bicentennial // Am. J. Psychiatry. 1981. V.138(7). P. 1415–1426.

Lipowsky J. Somatization, the concept and its clinical application // Am. J. of Psychiatry. 1988. Vol. 145. P. 1358–1368.

Lipowsky J. Somatisation: its definition and concept // Am. J. of Psychiatry. 1989. V. 147(7). P. 521–527.

Longabaugh R., Beattie M., Noel N., Srout R., Malloy P. The effect of social investment on treatment outcome // J. of Studies on Alcohol, 1993. V. 54. P. 465–478.

Lorr M., Mc Nair D.M. Correlates of length of psychotherapy // J. of Clin. Psychol. 1964. V. 20. P. 497–504.

Luborsky L.,Barber J.P., Beutler L. Introduction to Special Section: A briefing on curative factors in dynamic psychotherapy // J. of Consult. and Clin. Psychol. 1993. V. 61. P. 539–541.

Luborsky L., McLellan A.T., Diguer L., Woody G., Seligman D.A. The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty two psychotherapists and seven patient samples // Clin. Psychol.: Science and Practice. 1997. V. 4. P. 53–63.

Luborsky L.,Mintz J., Aurbach A., Christoph P., Bachrach H., Todd T., Johnson M., Cohen M., O'Brien P. Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project // Arch. Gen. Psychiatry, 1980. V. 37. P. 471–481.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // Arch. of Gen. Psychiatry. 1975. V. 32. P. 995–1008.

Lydiard R. B. Comorbidity of panic disorder, social phobia and major depression // Controversies and convention in panic disorder: AEP Symp. 1994. P. 12–14.

MacDonald A.J. Brief in adult psychiatry // J. of Family Therapy, 1994. V. 16. P. 415–426.

Maddux J.E. Self–efficacy // Handbook of social and clinical psychology / C.R. Snyder, D.R. Forsyth (Eds.). N. Y.: Pergamon, 1991. P. 57–78.

Main M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. // Attachment Across the Life cycle / C.M. Parcers, J. Stevenson–Hinde, P. Marris (Eds.). London: Routledge, 1991. P. 127–159.

Mahler M. Sadness and grief in childhood // Psychoanalytic study of the child. 1961. V.15. P. 332–351.

Maller R.G, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987 // J.of Anxiety Disorders. 1992. V. 6. P. 241–247.

Mangweth B., Pope H.G., Kemmler G., Ebenbichler C., Hausmann A., C. De Col, Kreutner B., Kinzl J., Biebl W. Body Image and Psychopathology in Male Bodybuilders // Psychother. and Psychosom. 2001. V. 7. P. 32–39.

Mártems M., Petzold H. Perspektiven der Psychotherapieforshung and Änsatze fár integrative Orientierungen (Psychotherapy research and integrative orientations) // Integrative Therapie. 1995. V.1. P. 3–7.

Marziali E., Marmar C., Krupnick J. Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome // Am. J. of Psychiatry, 1981. V. 138. P. 361–364.

Maughan B. Growing up in the inner city: findings from the inner London longitudinal study // Pediatric and Perinatal Epidemiology. 1989. V. 3. P. 195–215.

Mayou R., Bryant B., Forfar C., Clark D. Non–cardiac chest pain and bening palpitation in the cardiac clinic // Brit. Heart J. 1994. V. 72. P. 548–573.

McDermut W., Zimmerman M. The effect of personality disorders on outcome in the treat–merit of depression // Mood and anxiety disorders / A.J. Rush (Ed.) Philadelphia: Williams&Wilkins, 1998. P. 443–451.

McLean P.D., Taylor S. Severity of unipolar depression and choice of treatment // Behav. Research and Therapy. 1992. V. 30. P. 443–451.

Merskey H., Boud D. Emotional adjustment and chronic pain // Pain. 1978. V. 5. P. 173–178.

Meyer B., Pilkonis P.A., Proletti J.M., Heape C.L., Egan M. Adult attachment styles, personality disorders, and response to treatment // J. of Personal. Disord. 2001. V. 15. P. 371–389.

Millaney J.A., Trippet C.J. Alcohol dependence and phobia, clinical description and relevance // Brit. J. Psychiatry. 1979. V. 135. P. 565–573.

Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles // J. of Consult. and Clin. Psychol. 1993. V. 61. P. 455–461.

Mohamed S.N., Weisz G.M., Waring E.M. The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics // Pain. 1978. V. 5. P. 285–295.

Mohr D.C. Negative outcome in psychotherapy: A critical review // Clin. Psychol.: Science and Practice, 1995. V. 2. P. 1–27.

Moos R.H. Depressed outpatients' life contexts amount of treatment and treatment outcome // J. of Nervous and Mental Disease, 1990. V. 178. P. 105–112.

Morschitzky H. Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien, N.Y.: Springer. 2007.

McCullough J.P. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Treatment for Chronic Depression // Handbook of psychotherapy Integration. / J.C.Norcross, M.R. Goldfried (Eds.). London: Oxford University Press, 2005. P. 281–298.

Mulder M. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // Am. J. Psychiatry. 2002. V. 159. № 3. P. 359–369.

Neale M.C., Walters E. et al. Depression and parental bonding: cause, consequence or genetic covariance // Genetic Epidemiology. 1994. V. 11. P. 503–522.

Nemiah P., Sifneos J. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. // Modern trends in psychosomatic medicine / Hill O.W. (Ed.). London: Butterworth, 1970.

Nickel R., Egle U. Somatoforme Störungen. Psychoanalytische Therapie // Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch / Senf W., Broda M. (Hrsg.). // Stuttgart. N. Y.: Georg Thieme Verlag, 1999. S. 418–424.

Norcross J.C. The movement toward integrating the psychotherapy: An overview // Am. J. of Psychiatry. 1989. Vol. 146. P. 138–147.

Norcross J.C Psychotherapy–Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose (Psychotherapy integration in the USA: An overview of a metamorphosis) // Integrative Therapie.1995. V. 1. P. 45–62.

Orlinsky D.E. Comments on the State of Psychotherapy Research // IFP Newsletter. Zürich, June 2007. P. 11–14.

Parker G. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation // J. of Affective Disorder. 1981. V. 3. P. 131–140.

Parker G. Parental style and parental loss // Handbook of Social Psychiatry / A.S. Henderson, G.D. Burrous (Eds.). Amsterdam: Elsevier, 1988.

Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression // Soc. Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. 1993. V. 28. P. 97–100.

Parker G., Hardzi–Pavlovic D. Parental representation of melancholic and non–melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects // Psychological Medicine. 1992. V. 22. P. 657–665.

Parker S. Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture // American Anthropologist. 1962. V. 64. S. 76–96.

Paykel E. Personal impact of depression: disability // WPA Bull. on Depress. 1998. V. 4, № 16. P. 8–10.

Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Size and burden of depressive disorder in Europe // European Neuropsychopharmacology. 2005. (15). P. 411–423.

Payne B., Norfleet M. Chronic Pain and the Family: a Review // Pain. 1986. V. 26. P. 1–22.

Perrez M., Baumann U. Lehrbuch: Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber–Hogrefe AG, 2005. 1222 s.

Perris C., Arrindell W.A., Perris H. et al. Perceived depriving parental rearing and depression // Brit J. of Psychiatry. 1986. V. 148. P. 170–175.

Phillips K., Gunderson J. Review of depressive personality // Am. J. Psychiatry. 1990. V. 147 (7). P. 830–837.

Pike A., Plomin R. Importance of non shared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology // J. Am. Acad. Child Adolescence Psychiatry. 1996. V. 35. P. 560–570.

Plantes M.M., Prusoff B.A., Brennan J., Parker G. Parental representations of depressed outpatients from an USA sample // J. of Affective Disorder. 1988. V. 15. P. 149–155.

Plomin R., Daniels A. Why are children in the same family so different from one another? // Behavioral and Brain Sciences. 1987. V. 10. P. 1–16.

Propst A., Paris J., Rosberger Z. Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short–term psychotherapy // Canadian J. of Psychiatry, 1994. V. 39. N 3. P. 168–176.

Rado S. The problem of melancholia // Collected papers. Band I. N.Y.: Grune, Stratton. 1956.

Rapee R.M. Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder // J. of Abnorm. Psychol. 1986. V. 95(1). P. 24–28.

Rapee R.M. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression // Clin. Psychol. Review. 1997. Vol. 17. P. 47–67.

Rasmussen S. A., Tsuang M. T. Epidemiology of obsessive–compulsive disorder // J. of Clinical Psychiatry. 1984. V. 45. P. 450–457.

Regier D.A., et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders // Br. J. Psychiatry. 1998. V. 34. P. 24–28.

Reich J.H., Green A.L. Effect of personality disorders on outcome of treatment // J. of Nervous and Mental Disease. 1991. V. 179. P. 74–83.

Reiss D. et al. Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence // Arch. Gen. Psychiat. 1995. V. 52. P. 925–936.

Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety and panic // Clin. Psychol. Review. 1991. V. 11. P. 141–153.

Rice D.P., Miller L.S. The economic burden of affective disorders // Br. J. Psychiatry. 1995. V. 166, (27). P. 34–42.

Richwood D.J., Braitwaite V.A. Social–psychological factors affecting help–seeking for emotional problems // Soc. Science & Med. 1994. V. 39. P. 563–572.

Rief W. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/ Bedingungsanalyse / Klinische Psychologie – Psychotherapie / M. Perrez, U. Baumann U. (Eds). Bern: Verlag Hans Huber–Hogrefe AG, 2005. S. 947–956.

Rief W., Bleichhardt G., Timmer B. Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualitдt // Verhaltenstherapie. 2002. V. 12. P. 183–191.

Rief W., Hiller W. Somatisierungsstöerung und Hypochondrie. Göttingen– Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, 1998.

Roder V., Medalia A. (Eds.). Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment. Basel–Freiburg–Paris–London–New–York: Karger. 2010. 178 p.

Roy R. Marital and family issues in patient with chronic pain // Psychother. Psychosom. 1982. V. 37. P. 1–12.

Rueter M.A., Scamarella L., Wallace L.E., Conger R.D. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal history of internalizing symptoms and parent–adolescent disagreements // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. V. 56. P. 726–732.

Ruhmland M., Magraf J. Effektivität psychologischer Therapien von Generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta–Analysen auf Störungsebene // Verhaltenstherapie. 2001. V. 11. P. 27–40.

Rutter M., Cox A., Tupling C. et al. Attachment and adjustment in two geographical areas. I. The prevalence of psychiatric disorder // Brit. J. of Psychiatry. 1975. V. 126. P. 493–509.

Salkovskis P.M. Somatic problems. // Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide / K.E.Havton, P.M.Salkovskis, J.Kirk, D.M.Clark (Eds.). Oxford: Oxford University Press. 1989. P. 235–276.

Salkovskis P.M. Effective treatment of severe health anxiety (Hypochondrias). Copenhagen: World Congress of Behavioral, Cognitive Therapies. 1995.

Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T., Betz F. Prevalence of personality disorders among patients with major depression and dysthymia // Psychiatry Research. 1992. V. 42. P. 93–99.

Sandler J., Joffe W.G. Notes on childhood depression // International J. of Psychoanalysis. 1965. V. 46. P. 88–96.

Sartorius N (Ed.). Depression in different cultures. WHO collaborative materials. 1990.

Satterfield W.A., Lyddon W.J. Client attachment and the working alliance // Counseling Psychology Quarterly, 1998. V. 11. P. 407–415.

Schaffer D., Donlon P., Bittle R. Chronic pain and depression: a clinical and family history survey // Am. J. Psychiat. 1980. V. 137. P. 118–120.

Scogin F., McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review // J. of Consult. and Clin. Psychol., 1994. V. 62. P. 69–74.

Scott J., Barher W.A., Eccleston D. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity // Brit. J. of Psychiatry. 1998. V. 152. P. 28–33.

Senf W. Angstkrankheiten. Psychoanalytische Therapie // Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie / Senf W., Broda M. (Hrsg.). Stuttgart – N.Y.: Thieme Verlag. 1996. S. 268–272.

Senf W., Broda M. (Hrsg). Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart N. Y.: Georg Thieme Verlag. 2000. 595 s.

Sexton H., Fornes G., Kruger M.B., Grendahl G., Kosleth M. Handicraft or interactional groups: A comparative outcome study of neurotic in clients // Acta Psychiatrica Scandanavia, 1990. V. 82. P. 339–343.

Shapiro D.A., Barkham M., Rees A., Hardy G., Reynolds S., Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic–interpersonal psychotherapy // J. of Consult. and Clin. Psychol. 1994. V. 62. P. 522–534.

Shawcross C.R., Tyrer P. Influence of personality on response to monoamine oxidase inhibitors and tricyclic antidepressante // J. Psychiat. Res. 1985. V. 19. P. 557–562.

Shear M. Hostile Waters: Why CBT sometimes does not work for patients with GAD // J. Watch. Psychiatry, 2007. V 2. P. 147–152.

Sheehan D.V., Carr D.B., Fishman S.M., Walsh M.M., Peltier–Saxe D. Lactate infusion in anxiety research: Its evolution and practice // J. of Clin. Psychiatry. 1985. V. 46. P. 158–165.

Shimoda M. Über den premorbiden Charakter des manish–depressiven Irrseins // Psychiat. Neurol. Jap. 1941. Bd. 45. S. 101–102.

Sifneos P. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. 1977. V. 28. P. 45–57.

Skolnick A. Early attachment and personal relationships across the life course // Life–span Development and Behavior / P.B. Baltes, D.L. Featherman, R.M. Lerner (Eds.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1986. V. 7. P. 174–206.

Slife B.D. Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research: The Constraint of Naturalism // Handbook of Psychotherapy and Behavior change/ S.L. Bergin, A.E.Garfield (Eds.). N.Y.: Wiley, 2004.

Sommer G., Fydrich T. Soziale Unterstützung. Diagnostik, Kozepte, F–SOZU. Materiale № 22. Deutsch. Ges. für Verhaltenstherapy. Tübingen, 1989. 60 s.

Speierer G.W. Die differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Heidelberg: Asanger–Verlag, 1994.

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M., First M.B. Structured Clinical Interview for DSM–III–R – Personality Disorders (SCID–II, Version 1.0). – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.

Stavrakaki S., Vargo B. The Relationship of anxiety and depression: A Review of literature // Br. J. Psychiatry. 1986. V. 149. P. 7–16.

Stein M.B. et al. Enhanced dexamethason supressio of plasma cortisol in an adult women traumatized by childhood sexual abuse // Biol. Psychiatry. 1997. V. 42. P. 680–686.

Swanson D. Chronic pain as a third pathologic emotion // Am. J. Psychiat. 1984. Vol. 141. P. 210–214.

Swildens H. Agorophobie mit Panickattaken und Depression // Praxis der Gesprächstherapie / J.Eckert, D.Hoeger, H.W.Linster (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer. 1997. S. 19–30.

Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiat. 1984. V. 141. P. 725–732.

Tellenbach R. Typologische Untersuchungen zur premorbiden Persönlichkeit von Psychotiken unter besonderer Berücksichtigung Manisch–depressiver // Confin. psychiat. Basel, 1975. Bd. 18. (1). S. 1–15.

Teusch L., Finke J. Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächstherapeutische Behandlung der Panik und Agorophobie // Psychotherapeut. 1995. V. 40. S. 88–95.

Teusch L., Gastpar T. Psychotherapie und Pharmakotherapie // Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie / W. Senf, M. Broda (Hrsg.). Stuttgart, N. Y.: Georg Thieme Verlag, 1996. S. 250–254.

Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E., Reynolds C.F., Pilkonis P.A., Hurley K. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy–pharmacotherapy combinations // Arch. Gen. Psychiat. 1997. V. 54. P. 1009–1015.

Thase M.E., Rush A.J. When at first you don't succeed, sequential strategies for antidepressants non–responders // J. of Clin. Psychiatry. 1997. V. 58. P. 23–29.

Thompson R.A., Lamb M.E., Estes D. Stability of infant–mother attachment and its relationship to changing life circumstances in an unselected middle–class sample // Child Development. 1982. V. 5. P. 144–148.

Tobis D. Moving from Residential Institutions to Community–Based Services in Eastern Europe the Former Soviet Union. Paper prepared for the international Bank for Reconstruction and Development. 1999.

Torgerson S. Genetic factors in moderately severe and mild affective disorders // Arch. Gen. Psychiat. 1986 a. V. 43. P. 222–226.

Torgerson S. Genetic of somatoform disorders // Arch. Gen. Psychiat. 1986 b. V. 43. P. 502–505.

Turkat I., Rock D. Parental influences of illness behavior development in chronic pain and healthy individuals // Pain. 1984. Suppl. 2. P.15.

*Turner R.*M. The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction // J. of Personal. Disord. 1987. V. 1. P. 136–143.

Tyrer P., Seiverwright N., Ferguson B., Tyrer J. The general neurotic syndrome : a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder // Acta Psychiatrica Scand. 1992. V. 85. P. 565–572.

Uexküll T. Psychosomatische Medizin. München–Wien–Baltimore: Urban & Schwarzenberg., 1996. 1478 s.

Ulusahin A., Ulug B. Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample // J. Affect. Disord. 1997. V. 42. P. 1–8.

Ustun T., Sartorius N. Mental illness in general health practice // An international study. 1995. V.4. P. 219–231.

Vandervoort D. Depression, anxiety, hostility and physical health // Current Psychology, 1995. V. 11. (3). P. 431–440.

Van Hemert A.M. Hengeveld M.W., Bolk J.H., Rooijmans H.G., Vandenbroucke J.P. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out–patient clinic // Psychol. Med. 1993. V. 23. P. 167–173.

Vaughn C., Leff J.P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness // British J. of Psychiatry. 1976. V. 129. P. 125–137.

Violon A. The onset of facial pain // Psychother. Psychosom. 1980. V. 34. P. 11–16.

Wahl R. Interpersonelle Psychotherapie und Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen im Vergleich. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 1994.

Wakefield J.C. The concept of mental disorder. // Am. Psychol. 1991. V. 47. P. 373–388.

Wakefield J.C. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. // World psychiatry. Original J. of Psychiatr. Association (WPA). June 2007. Vol. 6 (3). P. 149–156.

Wallerstein R.S. Forty–two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. N.Y. Guilford., 1986.

Wallerstein R.S., Robbins L., Sargent H., Luborsky L. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: Rationale, Methods and Sample use. First Report // Bull. Menninger Clin. 1956. V.20. P. 221–278.

Warr P., Perry G. Paid employment and women's psychological well–being // Psychological Bulletin. 1982. V. 91. P. 493–516.

Warren S.L. et al. Behavioral genetic analyses of self reported anxiety at 7 years of age // J. Am. Academia Child Adolescence Psychiatry. 1999. V. 39. P. 1403–1408.

Watson D., Clark,L.A., Tellegen,A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales // J. of Personality and Social Psychology. 1988. V. 54. P. 1063–1070.

*Weber J.*J., Bachrach H.M., Solomon M. Factors associated with the outcome of psycho–analysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project: II // International Review of Psycho–Analysis, 1985. V. 12. P. 127–141.

Weinberger J. Common factors aren't so common: the common factors dilemma // Clin. Psychol. 1995. V. 2. P. 45–69.

Wells K., Stewart A., Haynes R. The functioning and well–being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study // JAMA. 1989. V. 262. P. 914–919.

Wertsch J.V. From social Interaction to Higher Psychological Processes. A Clarification and Application of Vygotsky's Theory // Human Development. 2008. V. 51, P. 66–79.

Westling B.E., Ost L. Cognitive bias in panic disorder patients and changes after cognitive–behavioral treatments // Behavior Research and Therapy. 1995. V. 33, № 5. P. 585–588.

WHO (World Health Organization). Choosing interventions: effectiveness, quality, costs, gender, and ethics (EQC). Global programme on evidence for health policy (GPE). Geneva: WHO, 2000.

Wilson G.T. Empirically validated treatments as basis for clinical practice: Problems and prospects // Scientific standards of psychological practice: Issues and

recommendations / S. G. Haves, V.M. Folette, R. D. Dawes, K. Grady (Eds.). Reno, NY: Context, 1995.

Winokur G. The types of affective disorders // J. Nerv. Ment. Dis. 1973. V. 156. (2). P. 82–96.

Winokur G. Unipolar depression – is it divisible into autonomous subtypes? // Arch. Gen. Psychiat. 1979. V. 25. P. 47–52.

Wittchen H.U. Natural course and spontaneous remission of untreated anxiety disorders. Results of Munich follow–up study (MSF) // Panic and Phobias 2: Treatment and variables affecting course and outcome / H.Hand, Wittchen H.U. (Eds.). Berlin: Springer–Verlag, 1998. P. 324–326.

Wittchen H.U., Essau C.A. Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues // J. Psychiatr. Res. 1993. V. 27, Suppl. P. 47–68.

Wittchen H.U., Vossen A. Implication von Komorbidität bei Angststörungen – ein kritischer Übersicht // Verhaltenstherapie. 1995. V. 5. S. 120-133.

Wittchen H.U., Zerssen D. Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin: Springer, 1987.

Wright J.N., Thase M.E., Sensky T. Cognitive and biological Therapies: A combined approach // Cognitive therapy with inpatients / J.H. Wright, M.E.Thase, A.T.Beck and J.W. Ludgate (Eds.). N.Y. – London: Guilford Press, 1993. P. 193–247.

Zimmerman M., Mattia J.I. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder // Am. J. Psychiatry. 1999. V. 156. P. 1570–1574.

Zlotnick C., Shea M.T., Pilkonis P., Elkin I., Ryan C. Gender dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow–up // Am. J. of Psychiatry. 1996. V. 153. P. 1021–1027.

Zuroff D.C., Blatt S.J., Sotsky S.M., Krupnick J.L., Martin D.J., Sanislow C.A., Simmens I.S. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression // J. of Consult. and Clin. Psychology, 2000. V. 68. N 1. P. 114–124.

ПРИЛОЖЕНИЯ:
Информационные материалы для пациентов

1. ДЕПРЕССИЯ – БОЛЕЗНЬ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Пособие для пациентов

Составлено в МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ

доктор психологических наук А.Б. Холмогорова,
доктор медицинских наук Т.В. Довженко,
доктор психологических наук Н.Г. Гаранян

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ДЕПРЕССИИ

- **Депрессия – болезнь нашего времени**

Исследования во всех странах мира показывают: депрессия, подобно сердечно-сосудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Это распространенное психическое расстройство, которым страдают миллионы людей. По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран.

Депрессия – серьезное заболевание, которое резко снижает трудоспособность и приносит страдание как самому больному, так и его близким. К сожалению, как обычные люди, так и врачи-терапевты не всегда осведомлены о типичных проявлениях и последствиях депрессии, поэтому многим больным оказывается помощь, когда состояние принимает затяжной и тяжелый характер, а иногда – и вовсе не оказывается. Практически во всех развитых странах службы здравоохранения озабочены сложившейся ситуацией и прикладывают усилия по пропаганде сведений о депрессии и способах ее лечения.

- Депрессия – болезнь всего организма: типичные признаки депрессий

Проявления депрессии очень разнообразны и варьируют в зависимости от формы заболевания. Перечислим наиболее типичные признаки этого расстройства:

Эмоциональные проявления

➢ Тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние.
➢ Тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды.
➢ Раздражительность.
➢ Чувство вины, частые самообвинения.

- Недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки.
- Снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий.
- Снижение интереса к окружающему.
- Утрата способности переживать какие-либо чувства (в случаях глубоких депрессий).
- Депрессия часто сочетается с тревогой за здоровье, судьбу близких и страхом показаться несостоятельным в общественных местах.

Физиологические проявления

- Нарушения сна (бессонница, сонливость).
- Изменения аппетита (его утрата или переедание).
- Нарушение функции кишечника (запоры).
- Снижение сексуальных потребностей.
- Снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость.
- Боли и разнообразные неприятные ощущения в теле (например, в сердце, в области желудка, в мышцах).

Поведенческие проявления

- Пассивность, трудности вовлечения в целенаправленную активность.
- Избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к другим людям).
- Отказ от удовольствий.
- Алкоголизация и (или) злоупотребление психоактивными веществами, временно дающими облегчение.

Мыслительные проявления

- Трудности сосредоточения, концентрации внимания.
- Трудности принятия решений.
- Преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом.
- Мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни.
- Мысли о самоубийстве (в тяжелых случаях депрессии).
- Наличие мыслей о собственной ненужности, незначимости, беспомощности.
- Замедленность мышления.

Для постановки диагноза «депрессия» необходимо, чтобы часть перечисленных симптомов сохранялась не менее двух недель.

- **Депрессию нужно лечить**

Депрессия зачастую воспринимается как самим больным, так и окружающими как проявление плохого характера, лени и эгоизма, распущенности или природного пессимизма. Следует помнить, что депрессия – не просто плохое настроение (см. проявления выше), а заболевание, которое требует вмешательства специалистов и достаточно хорошо поддается лечению. Чем раньше поставлен правильный диагноз и начато правильное лечение, тем больше шансов на быстрое выздоровление, на то, что депрессия не повториться вновь и не примет тяжелой формы, сопровождающейся желанием покончить с собой.

- **Что обычно мешает людям обратиться за помощью по поводу депрессии**

Часто люди боятся обратиться к специалисту по психическим расстройствам из-за предполагаемых негативных последствий: 1) социальное ограничение (постановка на учет, вождение автотранспорта, выезд за границу); 2) осуждения в случае, если кто-то узнает, что пациент лечится у психиатра; 3) страх перед медикаментозным лечением, в основе которого лежат широко распространенные неверные представления о вреде психотропных средств.

Зачастую люди не обладают нужной информацией и неправильно понимают природу своего состояния. Им кажется, что если их состояние связано с понятными жизненными трудностями, то это не депрессия, а нормальная человеческая реакция, которая пройдет самостоятельно. Нередко бывает и так, что физиологические проявления депрессии способствуют формированию убеждения о наличии серьезных соматических заболеваний. Это является поводом для обращения к врачу-терапевту.

80% больных депрессией первоначально обращаются за помощью к врачам общей практики, при этом правильный диагноз устанавливается для 5% из них. Адекватную терапию получает еще меньшее число пациентов. К сожалению, в настоящее время врачи-терапевты не всегда могут разграничить физиологические проявления депрессий и наличие истинного соматического заболевания, что ведет к постановке неверного диагноза. Пациентам назначают симптоматическую терапию (лекарства «для сердца», «для желудка», «от головной боли»), но улучшения не наступает. Возникают мысли о тяжелом, нераспознанном соматическом заболевании, что по механизму порочного круга ведет к

утяжелению депрессии. Пациенты тратят много времени на клинические и лабораторные обследования, и, как правило, попадают к психиатру уже с тяжелыми, хроническими проявлениями депрессии.

II. НАУЧНЫЕ ЗНАНИЯ О ДЕПРЕССИИ

- **Основные виды депрессий**

Чаще депрессии возникают на фоне стрессов или длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций. Иногда они возникают без видимых причин.

Депрессия может сопутствовать соматическим заболеваниям (сердечно-сосудистым, желудочно-кишечным, эндокринным и т.д.). В таких случаях она существенно утяжеляет течение и прогноз основного соматического заболевания. Однако при своевременном выявлении и лечении депрессии отмечается быстрое улучшение психического и физического самочувствия.

Депрессии могут возникать в виде единичных, разных по тяжести эпизодов болезни или протекать хронически в виде повторяющихся обострений.

У некоторых пациентов депрессия носит хронический характер – продолжается в течении многих лет, не достигая значительной тяжести.

Иногда депрессия ограничивается в основном телесными симптомами без отчетливых эмоциональных проявлений. При этом клинические и лабораторные обследования могут не выявлять каких-либо органических изменений. В таких случаях необходима консультация врача-психиатра.

- **Современные представления о причинах депрессий**

Биопсихосоциальная модель депрессий

Современная наука рассматривает депрессию как заболевание, в происхождение которого вносят вклад разные причины или факторы – биологические, психологические и социальные.

Биология депрессий

К биологическим факторам депрессий относят, прежде всего, специфические нарушения нейрохимических процессов (обмена нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и др.). Эти нарушения, в свою очередь, могут быть наследственно обусловлены.

Психология депрессий

Научные исследования выявили следующие психологические факторы депрессий.

- Особый стиль мышления, так называемое негативное мышление, для которого характерна фиксация на отрицательных сторонах жизни и собственной личности, склонность видеть в негативном свете окружающую жизнь и свое будущее.
- Специфический стиль общения в семье с повышенным уровнем критики, повышенной конфликтностью.
- Повышенное число стрессогенных жизненных событий в личной жизни (разлуки, разводы, алкоголизация близких, смерть близких).
- Социальная изоляция с малым числом теплых, доверительных контактов, которые могли бы служить источником эмоциональной поддержки.

Социальный контекст депрессий

Рост депрессий в современной цивилизации связывают с высоким темпом жизни, повышенным уровнем ее стрессогенности: высокой конкурентностью современного общества, социальной нестабильностью – высоким уровнем миграции, трудными экономическими условиями, неуверенностью в завтрашнем дне. В современном обществе культивируется целый ряд ценностей, обрекающих человека на постоянное недовольство собой – культ физического и личностного совершенства, культ силы, превосходства над другими людьми и личного благополучия. Это заставляет людей тяжело переживать и скрывать свои проблемы и неудачи, лишает их эмоциональной поддержки и обрекает на одиночество.

III. ПОМОЩЬ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

Современный подход к лечению депрессий предполагает комбинацию различных методов – биологической терапии (медикаментозной и немедикаментозной) и психотерапии.

Медикаментозное лечение

Назначается пациентам с легкими, умеренными и тяжелыми проявлениями депрессии. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях.

Антидепрессанты

Правильная терапия позволяет в большинстве случаев полностью избавиться от симптомов депрессии. Депрессия требует лечения у специалис-

тов. Основным классом лекарственных препаратов для лечения депрессий являются антидепрессанты. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) и ингибиторы моноаминооксидазы (ниаламит, фенелзин) используются уже с конца 1950-х гг. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось. Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. К новым антидепрессантам относятся флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам(ципрамил), пароксетин(паксил), флувоксамин(феворин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), миртазапин (ремерон) и др.

Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препараптов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления. Антидепрессанты не вызывают привыкания и развития синдрома отмены в отличие от препаратов класса бензодиазепиновых транквилизаторов (феназепам, реланиум, элениум, тазепам и др.) и широко используемых в нашей стране корвалола, валокордина. Кроме того, бензодиазепиновые транквилизаторы и фенобарбитал, входящие в состав корвалола и валокордина, при длительном применении снижают чувствительность к другим психофармакологическим средствам.

Основные этапы терапии

1. Определение тактики лечения – выбор антидепрессанта с учетом основных симптомов депрессии у каждого пациента, подбор адекватной дозы препарата, индивидуальной схемы лечения.
2. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня активности.
3. Проведение поддерживающего курса терапии в течении 4–6 и более месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания.

Что обычно мешает проведению медикаментозного лечения:

1. Неправильное представление о природе депрессии и о важности медикаментозного лечения.

2. Распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов: возникновение зависимости от них, отрицательное влияние на состояние внутренних органов. Многие пациенты уверены, что лучше страдать от депрессии, чем принимать антидепрессанты.
3. Многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.

Важно помнить, что проведены многочисленные исследования, подтверждающие высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Урон, наносимый депрессией эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами, которые иногда возникают при применении антидепрессантов. Следует помнить, что терапевтический эффект антидепрессантов нередко наступает только через 2–4 недели после начала приема.

Психотерапия

Психотерапия является не альтернативой, а важным дополнением к медикаментозному лечению депрессий. В отличие от медикаментозного лечения психотерапия предполагает более активную роль пациента в процессе лечения. Психотерапия помогает больным развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию.

В лечении депрессий как наиболее эффективные и научно обоснованные зарекомендовали себя три подхода: психодинамическая психотерапия, поведенческая психотерапия и когнитивная психотерапия.

Согласно *психодинамической терапии*, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Например, желание быть независимым и одновременное желание получать в большом объеме поддержку, помощь и заботу от других людей. Другим типичным конфликтом является наличие интенсивного гнева, обиды на окружающих в сочетании с потребностью быть всегда добрым, хорошим и сохранять расположение близких. Источники этих конфликтов лежат в истории жизни пациента, которая становится предметом анализа в психодинамической терапии. В каждом индивидуальном случае может быть свое уникальное содержание конфликтующих переживаний, и поэтому необходима индивидуальная психотерапевтичес-

кая работа. Цель терапии – осознание конфликта и помощь в его конструктивном разрешении: научиться находить баланс независимости и близости, развить способность конструктивно выражать свои чувства и сохранять при этом отношения с людьми.

Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и снятие поведенческих симптомов: пассивность, отказ от удовольствий, монотонный образ жизни, изоляцию от окружающих, невозможность планирования и вовлечения в целенаправленную активность.

Когнитивная психотерапия представляет собой синтез обоих вышеназванных подходов и соединяет в себе их преимущества. Она сочетает работу с актуальными жизненными трудностями и поведенческими симптомами депрессии и работу с их внутренними психологическими источниками (глубинными представлениями и убеждениями). В качестве основного психологического механизма депрессии в когнитивной психотерапии рассматривается так называемое негативное мышление, которое выражается в склонности депрессивных больных рассматривать все происходящее с ними в негативном свете. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной работы, которая направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Дополнительными формами психотерапии при депрессиях, привлечение которых может оказать существенную помощь, являются *семейное консультирование* и *групповая психотерапия* (но не любая, а специально направленная на помощь депрессивным пациентам).

Что обычно препятствует обращению за психотерапевтическрой помощью?

1. Низкая информированность людей о том, что такое психотерапия.
2. Страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания.
3. Скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут иметь ощутимый лечебный эффект.
4. Представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

В современном обществе психотерапия является признанным, эффективным методом помощи при различных психических нарушениях. Так, курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск по-

вторения депрессии. Современные методы психотерапии ориентированы на краткосрочную (10–30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) эффективную помощь. Вся информация, которую психотерапевт получает на сеансе, строго конфиденциальна и остается в тайне. Профессиональный психотерапевт специально подготовлен к работе с тяжелыми переживаниями и трудными жизненными ситуациями других людей, он умеет их уважать и оказывать помощь в совладании с ними. У каждого человека в жизни бывают ситуации (например, такие как болезнь), с которыми он не может справиться самостоятельно. Умение обратиться за помощью и принять ее является признаком зрелости и рациональности, а не слабости.

Помощь близких людей в преодолении депрессий

Поддержка близких людей, даже когда больной не выражает заинтересованности в ней, очень важна для преодоления депрессии.

В связи с этим можно дать следующие советы родственникам больных:

- Помнить, что депрессия – это болезнь, при которой нужно сочувствие, но ни в коем случае нельзя погружаться в болезнь вместе с больным, разделяя его пессимизм и отчаяние. Нужно уметь сохранять определенную эмоциональную дистанцию, все время напоминая себе и больному, что депрессия – это преходящее эмоциональное состояние.
- Исследования показали, что депрессия особенно неблагоприятно протекает в тех семьях, где делается много критических замечаний в адрес больного. Старайтесь дать понять больному, что его состояние – это не его вина, а беда, что он нуждается в помощи и лечении.
- Старайтесь не концентрироваться на болезни своего близкого и привносить положительные эмоции в свою жизнь и в жизнь семьи. По возможности старайтесь вовлечь больного в какую-то полезную активность, а не отстранять его от дел.

2. ЧТО ТАКОЕ ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО И КАК ЕГО ЛЕЧИТЬ?

Пособие для пациентов

Составлено в Московском НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ

доктор психологических наук А.Б. Холмогорова, доктор медицинских наук Т.В. Довженко, доктор психологических наук Н.Г. Гаранян

I.ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

- **Паническое расстройство встречается часто – это болезнь многих тысяч людей**

Проявления тревожных расстройств многообразны, выделяются разные формы этих расстройств. Паническое расстройство – одно из наиболее часто встречающихся и тяжелых тревожных расстройств. Оно приносит страдание больным и их близким. При этом зачастую вовремя не распознается врачами общесоматической практики. При отсутствии своевременного лечения может приобретать хроническое течение, что ведет к выраженной социальной дезадаптации. Установлено, что примерно 20% населения переносят на протяжении жизни один или несколько эпизодов интенсивной приступообразной тревоги – паники. Регулярные приступы такого рода отмечаются, по данным исследователей разных стран, у 0,6–2,7% всего населения. Женщины страдают этим в два-три раза чаще, чем мужчины. Особенно подвержены паническому расстройству люди трудоспособного возраста 25–35 лет.

- **Типичные симптомы панического расстройства**

Картина болезни включает многочисленные *соматические симптомы:*

- одышка, чувство нехватки воздуха;
- учащение, усиление или перебои сердцебиения;
- боли в области сердца разнообразного характера – ощущения давления, сжатия, жжения, прокалывания и др.;
- давление, боль или чувство дискомфорта в грудной клетке;
- головокружение, ощущение неустойчивости, головные боли;

- ощущение внутренней дрожи;
- подрагивание рук и ног или выраженная дрожь;
- чувство слабости, вялости, ватности ног и рук;
- потливость или обильное потоотделение;
- чувство тошноты, дурноты;
- чувство боли или дискомфорта в области желудка или брюшной полости;
- чувство онемения, покалывания в различных частях тела;
- приливы жара или озноба.

Для диагностики панического расстройства необходимо наличие четырех или более из вышеперечисленных симптомов.

Помимо соматических симптомов при паническом расстройстве отмечается ряд симптомов измененного психического реагирования:

- ощущение нереальности происходящего вокруг;
- ощущение собственной измененности;
- интенсивная тревога разного содержания – страх утраты контроля, страх потери сознания, страх смерти вследствие удушья, остановки сердца или другой телесной катастрофы, страх сойти с ума.

Приступы тревоги такого рода могут возникать внезапно, непредсказуемо, без психологически понятных причин при отсутствии реальной угрозы для жизни.

Следует особо подчеркнуть, что многочисленные клинические исследования показывают: **паническое расстройство не представляет угрозы для жизни** и не приводит к тем тяжелым исходам, которых так опасаются пациенты (инсульты, инфаркты и т.д.).

- **О важности своевременной диагностики и лечения панического расстройства**

К сожалению, из-за недостаточной осведомленности о симптомах заболевания и методах его лечения больные обращаются за помощью, когда заболевание принимает затяжной характер. Часто они и вовсе не обращаются за помощью и не получают необходимого лечения. Нередко у больных с паническим расстройством возникают трудности социального порядка: проблемы в общении, в семейной и профессиональной жизни. У 10–15% больных паническим расстройством снижена трудоспособность, возникают финансовые трудности. Пациенты с приступообразным тревожным расстройством значительно чаще, чем другие обращаются к врачам-терапевтам, врачам скорой медицинской помощи, проходят многочисленные круги обследований у различных спе-

циалистов. Когда предполагаемые диагнозы не подтверждаются, больные продолжают искать другие возможные причины, затрачивая при этом много сил, времени и средств. При этом у больных сохраняется стойкая уверенность в наличии опасного, нераспознанного соматического заболевания.

- **Типичные осложнения при паническом расстройстве:**
  - тревога ожидания очередного приступа приводит к поведению избегания – происходит сужение социального пространства жизни (отказ от посещений публичных мест, поездок на транспорте, общения, а в тяжелых случаях – вплоть до невозможности выйти из дома);
  - болезненная озабоченность здоровьем, сосредоточенность всей психической жизни на отслеживании своего физического состояния, нерациональные посещения врачей и прохождение лабораторных обследований;
  - развитие вторичной депрессии из-за затяжной тяжелой симптоматики и утраты надежды на выздоровление (вторичная депрессия отмечается в 70% случаев панического расстройства);
  - злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами, к которым больные прибегают с целью снятия напряжения, приводит к возникновению различных форм зависимости в 20% случаев панического расстройства.

II. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ

- **Биопсихосоциальная модель панического расстройства**

Современная наука рассматривает многие психические расстройства, в том числе и паническое, как заболевания, в происхождение которых вносят вклад разные причины или факторы – биологические, психологические и социальные.

- **Биологические факторы панического расстройства**

Биологические теории возникновения панических расстройств предполагают связь различных нейромедиаторных систем (катехоламиновой, ГАМК-эргической, серотонинэргической) с возникновением эпизодических приступов пароксизмальной тревоги. Нейроанатомические исследования установили, что раздражение отдельных структур мозга (лимбической области, височной и корковой зон) сопровождается появлением тревоги и страха. Высказывается точка зрения, что повышение уровня лактата натрия в сыворотке крови является пусковым фактором присту-

па тревоги. Способностью провоцировать приступы паники обладает двуокись углерода (CO^2) при повышении ее концентрации в воздухе до 5%. Существует теория генетической предрасположенности к паническому расстройству. Биопсихосоциальная модель возникновения панического расстройства предполагает, что воздействие психосоциальных факторов может провоцировать биологические изменения, в основе которых лежит определенная генетическая предрасположенность.

- **Психологические факторы панического расстройства**

Центральную роль в происхождении панических атак играет *эмоция тревоги.* При этом важно отметить, что большинство пациентов хорошо осознают описанные выше сомато-вегетативные симптомы и интерпретируют эти телесные ощущения как признаки грозного соматического заболевания. Ведущая роль тревоги в развитии приступа, как правило, не осознается вообще. Почему это происходит? Дело в том, что приступу, как правило, предшествуют определенные сдвиги, которые могут иметь различную природу: переутомление вследствие перегрузок, длительного недосыпания; прием алкоголя или психоактивных веществ; различные соматические заболевания; переживания интенсивных отрицательных эмоций, в том числе и в межличностных конфликтах. Все эти физические и психологические стрессоры вызывают изменения в состоянии вегетативной нервной системы и как следствие этого – изменяют обычное течение физиологических процессов в организма. Например, на фоне переутомления может возникнуть состояние слабости с головокружением, при приеме психоактивных веществ – учащенное сердцебиение, тошнота, дрожь; после бурной ссоры – учащенное сердцебиение, дрожь, нехватка воздуха. Человек замечает эти сдвиги и может реагировать на них по-разному. Одна из возможных реакций – «Со мной что-то не так! С моим организмом происходит что-то опасное!». Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги. Тревога, в свою очередь, как и всякая другая эмоция, сопровождается интенсивными физиологическими изменениями. На фоне выброса адреналина появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т.д. Эти симптомы тревоги суммируются с изначальными легкими физиологическими сдвигами и приводят к их мощному усилению.

Возникающая физиологическая буря вызывает мысль о надвигающейся катастрофе (обмороке, публичном позоре, сумасшествии и даже смерти). Тревога переходит в ужас и панику. После пережитого приступа паники человек, как правило, испытывает слабость, что подтверждает опасения о наличии тяжелого заболевания. Впоследствии может

возникнуть *избегание* ситуаций, в которых развивались панические приступы, а также ситуаций, в которых может быть затруднено получение быстрой медицинской помощи. Избегание – важный психологический фактор утяжеления заболевания, так как оно нарушает социальную адаптацию и подрывает уверенность в себе.

На самом деле, как мы показали, тяжелого соматического заболевания нет, работает так называемый *порочный круг тревоги:* физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров – мысль о неблагополучии – тревога – усиление физиологических проявлений – мысль о грозящей катастрофе – паника.

Физиологические сдвиги при определенных обстоятельствах могут произойти у каждого человека, но не все люди склонны их интерпретировать катастрофическим образом. Как правило, это свойственно людям с изначально высоким уровнем тревоги. Высокая тревожность, в свою очередь, может быть связана с различными обстоятельствами и стрессами, имевшими место в разные периоды жизни человека.

Социальные факторы панического расстройства

Распространение панического расстройства в современной цивилизации можно связать с целым рядом особенностей нашей культуры. Прежде всего, это высокий уровень стрессогенности жизни – ее высокий темп, частые перемены, интенсивные нагрузки, недостаточная социальная защищенность многих людей. Высокому уровню тревожности способствуют также некоторые ценности современной культуры: культ успеха и благополучия при высоком уровне конкуренции между людьми заставляют их скрывать свои трудности, жить на пределе сил, мешают вовремя обратиться за помощью.

III. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Современный подход к лечению панического расстройства предполагает комбинацию различных методов – биологической терапии (медикаментозной и немедикаментозной) и психотерапии. При легких формах панических атак без хронификации и выраженного фобического избегания рекомендуется ограничиться психотерапией. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях.

- **Медикаментозное лечение**

Показаниями для медикаментозного лечения являются панические расстройства средней и выраженной степени тяжести, панические расстройства, сочетающиеся с депрессией или различными формами зависимостей.

Для лечения панических расстройств используются психофармакологические препараты различных групп.

- **Антидепрессанты**

Антидепрессанты предупреждают развитие панических приступов, но не купируют их полностью. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) и ингибиторы моноаминооксидазы (ниаламит, фенелзин) используются уже с конца 1950-х гг. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось. Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. К новым антидепрессантам относятся флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам(ципрамил), пароксетин(паксил), флувоксамин(феворин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), миртазапин (ремерон) и др. Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления. Антидепрессанты не вызывают привыкания и развития синдрома отмены.

- **Бензодиазепины**

Препараты выбора для снижения тревоги ожидания и для купирования панических приступов. Доза препарата подбирается врачом-психиатром индивидуально до достижения эффекта. Лечение основано на принципе минимально достаточных доз во избежание развития привыкания к препарату. Курс терапии обычно ограничен одним-двумя месяцами, после чего по необходимости производится замена препарата. Наиболее широко для лечения панических расстройств в современной медицине используются: феназепам, алпразолам, диазепам, клоназепам, лоразепам.

Основные этапы терапии

1. Определение тактики лечения – выбор препаратов с учетом основных симптомов расстройства у каждого пациента, подбор адекватной дозы препарата, индивидуальной схемы лечения.
2. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов панического расстройства вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня социальной активности.
3. Проведение поддерживающего курса терапии в течении 8–10 и более месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания – возобновления приступов паники.

Что обычно мешает проведению медикаментозного лечения

1. Неправильное представление о природе панического расстройства и о важности медикаментозного лечения.
2. Распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов: возникновение зависимости от них, отрицательное влияние на состояние внутренних органов. Многие пациенты уверены, что лучше страдать от приступов тревоги, чем принимать психотропные препараты.
3. Многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.

Важно помнить, что проведены многочисленные исследования, подтверждающие высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Урон, наносимый тревожным расстройством эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами, которые иногда возникают при применении антидепрессантов.

➢ ***Психотерапия***

Методом первого выбора в лечении панического расстройства является *когнитивно-бихевиоральная психотерапия,* доказавшая свою высокую эффективность в многочисленных исследованиях. В качестве основного механизма панического расстройства когнитивно-бихевиоральный подход рассматривает *катастрофическую интерпретацию телесных ощущений* – ошибки мышления. В ходе когнитивно-бихевиорального лечения пациент обучается следующим важным навыкам:

- ➢ выявлять свои мысли, которые запускают тревогу и катастрофизацию. Эти мысли, как правило, плохо осознаются, а зачастую и просто отрицаются самими пациентами. В развитии навыка выявления негативных мыслей необходима помощь специалиста;
- ➢ оценивать негативные мысли с точки зрения их реалистичности и изменять их на более конструктивные, полнее отражающие реальность и не провоцирующие неадекватную тревогу;
- ➢ нормализовать образ жизни и устранять типичные для данного пациента провоцирующие факторы (хронические перегрузки, плохая организация труда и отдыха, злоупотребление крепким кофе, курением и алкоголем и др.);
- ➢ сохранять активный образ жизни и противостоять избеганию, используя полученные в ходе терапии навыки совладания с тревогой;
- ➢ преодолеть стыд за собственную тревожность, не скрывать от близких свои проблемы и эффективно пользоваться поддержкой окружающих.

Что обычно препятствует обращению за психотерапевтической помощью?

1. Низкая информированность людей о том, что такое психотерапия.
2. Убежденность в соматической природе заболевания, что заставляет больных паническим расстройством искать помощи у врачей-интернистов.
3. Страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания.
4. Скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут иметь ощутимый лечебный эффект.
5. Представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

Исследования показывают, что курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск повторения панических приступов и позволяет нормализовать социальную жизнь. Современные методы психотерапии ориентированы на краткосрочную (10–30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) эффективную помощь. Вся информация, которую психотерапевт получает на сеансе строго конфиденциальна, и остается в тайне. Профессиональный психотерапевт специально подготовлен к

работе с тяжелыми переживаниями и трудными жизненными ситуациями других людей, он умеет их уважать и оказывать помощь в совладании с ними. У каждого человека в жизни бывают ситуации (например, такие как болезнь), с которыми он не может справиться самостоятельно. Умение обратиться за помощью и принять ее является признаком зрелости и рациональности, а не слабости.

Рекомендации больным

Помните, что неприятные физические симптомы – это лишь усиленная форма ваших нормальных реакций при стрессе или страхе; они не опасны для жизни и не вредны для здоровья.

1. Помните, что гипервентиляция легких (учащенное дыхание) способствует усилению других вегетативных симптомов. Наряду с другими мерами, предотвращению приступа может способствовать замедление дыхания до одного вдоха в 8 с.
2. Напоминайте себе, что тревога – нормальное явление человеческой жизни; ее испытывают все люди без исключения. Чрезмерный страх и тревога основаны на ошибочных мыслях и умозаключениях. Задача заключается в том, чтобы изменить стиль мышления.
3. Помните, что паническое расстройство успешно лечится современными методами. Старайтесь не откладывать обращение за помощью к специалисту.
4. Старайтесь не идти на поводу у желания избегать пугающие ситуации, сохранять разумную социальную активность, т.е. не бояться посещать публичные места, пользовать общественным транспортом и т.д.

3. СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО: БОЛИ И СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИЧИНЫ

Пособие для пациентов

Составлено в Московском НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ

доктор психологических наук А.Б. Холмогорова,
доктор медицинскнх наук Т.В. Довженко,
доктор психологических наук Н.Г. Гаранян

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СОМАТОФОРМНОМ РАССТРОЙСТВЕ

- **Соматоформное расстройство относится к наиболее распространенным среди населения**

Около 13% населения в тот или иной период жизни болеет соматоформным расстройством, а в общемедицинской практике количество таких пациентов достигает 35%, т.е. примерно каждый четвертый пациент обращается к врачу с жалобами, не имеющими достаточной органической основы. Проявления соматоформного расстройства многообразны, выделяют два его наиболее распространенных варианта. При первом из них – соматизированном расстройстве – имеют место жалобы на многообразные, повторяющиеся и часто изменяющиеся соматические симптомы, которые не локализуются в каком-либо отдельном органе или системе организма. При втором варианте – так называемой соматоформной вегетативной дисфункции – жалобы относятся к отдельному органу или системе организма, наиболее часто – к сердечно-сосудистой, гастеро-интеральной и дыхательной. Оба варианта расстройства – соматизированное и вегетативная соматоформная дисфункция – приносят страдание больным и их близким, но зачастую не распознаются врачами общесоматической практики. После многочисленных обследований и различных нередко болезненных манипуляций больные слышат от врачей, что у них все в порядке и нет никого соматического заболевания, или же им ставится диагноз вегетативной дисфункции, дистонии, функциональ-

ного нарушения и т.п. Больной оказывается в крайне сложной ситуации, когда боли и симптомы продолжают его мучить, а источник этих проблем остается непонятным ни ему, ни его близким.

Между тем при отсутствии своевременного лечения соматоформное расстройство может приобретать хроническое течение, что ведет к выраженной социальной дезадаптации: возникают проблемы в семье, на работе, нередко присоединяются эмоциональные нарушения, депрессия.

Заболеванию часто предшествуют стрессовые события или хронические перегрузки, может иметь место высокий уровень повседневного стресса в виде постоянных конфликтов, необходимости адаптации к новой жизненной ситуации. Однако сами пациенты как правило не устанавливают связи между своей болезнью и высоким уровнем пережитого стресса, или же уверены, что стресс способствовал возникновению соматического заболевания, характер которого специалисты никак не могут выяснить.

- **Типичные симптомы соматоформного расстройства**

Пациенты предъявляют жалобы, главным образом, на нарушения функции, а также боли и другие неприятные ощущения со стороны различных органов и систем органов:

- учащенное сердцебиение, перебои и боли в области сердца и в загрудинной области, учащение, усиление или перебои сердцебиения, ощущения давления, сжатия, жжения, прокалывания в области сердца и другие проявления нарушения работы сердечно-сосудистой системы;
- чувство нехватки воздуха, затруднение или учащение дыхания, давление, боль или чувство дискомфорта в грудной клетке и др. нарушения системы органов дыхания;
- тошнота, отрыжка, изжога, затруднения глотания, боли, неприятные ощущения, чувство дискомфорта в области желудка, кишечника, кишечные расстройства и другие нарушения гастеро-интеральной системы;
- затруднения или боли при мочеиспускании, в области таза, внизу живота и другие нарушения уро-генитальной системы;
- боли в мышцах и суставах;
- боли в спине;
- головокружение, ощущение неустойчивости, хронические головные боли;
- ощущение внутренней дрожи;

- подрагивание рук и ног или выраженная дрожь;
- чувство слабости, вялости, ватности ног и рук;
- потливость или обильное потоотделение;
- чувство онемения, покалывания в различных частях тела;
- приливы жара или озноба.

Разнообразие жалоб может быть настолько велико, что не представляется возможным перечислить их в кратком описании. Для диагностики соматоформного расстройства необходимо наличие не менее четырех соматических симптомов у мужчин и шести у женщин. Важно отметить, что как правило эти пациенты **не предъявляют жалоб на нарушения настроения, более того, задача описания своих эмоциональных состояний может вызвать у них большие трудности.** Лишь при целенаправленном детальном расспросе они отмечают раздражительность, утомляемость, плохой сон, внутреннее напряжение, беспокойство, подавленное настроение. Однако при этом они никак не связывают свое эмоциональное состояние с соматическими симптомами и не рассматривают их как основание для обращения за помощью к специалисту-психиатру или психотерапевту. Нередко их мучает тревога, что они больны серьезным нераспознанным заболеванием. Это приводит к повторным обследованиям и фиксированности на своем здоровье. Когда после бесчисленных обследований их все же направляют на лечение к специалистам по психическому здоровью, они часто сомневаются в обоснованности назначения психофармакологических средств и психотерапии, так как не могут осознанно сообщить никаких психологических проблем и симптомов психического неблагополучия.

- **О важности своевременной диагностики и лечения соматоформного расстройства**

К сожалению, из-за недостаточной осведомленности о симптомах заболевания и методах его лечения больные обращаются за помощью, когда заболевание принимает затяжной характер. Нередко у больных с соматоформным расстройством возникают трудности психологического и социального порядка: проблемы в общении, в семейной и профессиональной жизни, снижается трудоспособность, возникают финансовые трудности. Эти пациенты значительно чаще, чем другие обращаются к врачам-терапевтам, врачам скорой медицинской помощи, проходят многочисленные круги обследований у различных специалистов. Когда предполагаемые диагнозы не подтверждаются, больные продолжают искать другие возможные причины, затрачивая при этом много

сил, времени и средств. При этом у больных сохраняется стойкая уверенность в наличии нераспознанного соматического заболевания.

- **Типичные осложнения при соматоформном расстройстве:**

➢ происходит сужение социального пространства жизни (отказ от общения, активного отдыха, карьерного роста);

➢ болезненная озабоченность здоровьем, сосредоточенность всей психической жизни на отслеживании своего физического состояния, нерациональные посещения врачей и прохождение лабораторных обследований;

➢ развитие вторичной депрессии из-за затяжной тяжелой симптоматики и утраты надежды на выздоровление (вторичная депрессия отмечается в 60–70% случаев соматоформного расстройства);

➢ конфликты в семье, так как порой ее члены, не понимая причин состояния, склонны видеть больных как мнительных, чрезмерно фиксированных, эгоцентричных, отлынивающих от своих обязанностей.

II. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОМАТОФОРМНОМ РАССТРОЙСТВЕ

- **Биопсихосоциальная модель соматоформного расстройства**

Современная наука рассматривает многие психические расстройства, в том числе и соматоформное, как заболевания, в происхождение которых вносят вклад разные причины или факторы – биологические, психологические и социальные. Поэтому соматоформные расстройства требуют комплексного лечения – как медикаментозного, так и психотерапевтического.

- **Биологические факторы соматоформиого расстройства**

То, что при соматоформном расстройстве не обнаруживаются органические причины, вовсе не означает, что биологические факторы никак не участвуют в развитии заболевания. Как правило, это расстройство развивается в качестве реакции на реальные изменения соматического состояния в виде изменений в состоянии центральной нервной системы, а также эндокринной и иммунной. Эти изменения могут провоцироваться различными видами стресса: *социального* (потеря работы, экономический кризис, война), *интерперсонального* (конфликт в семье, с друзьями или на работе, тяжелая болезнь или утрата кого-то из близких и т.д.), *биологического* (остаточные последствия реального соматического заболевания). Биопсихосоциальная модель возникновения соматоформного расстройства предполагает, что воздействие психосоциальных факторов может провоцировать биологические изменения, в основе которых лежит определенная генетическая предрасположенность (например, кон-

ституционально пониженный порог болевой чувствительности, что может быть связано с пониженным содержанием эндорфинов в организме, являющихся естественным средством снижения болевых ощущений).

Гипофиз и гипоталамус являются центрами нервной системы, ответственными за высвобождения так называемых гормонов стресса (адреналина и кортизола), а также эндорфинов, необходимых для повышения болевого порога. *В условиях стресса происходит активация гипотало-гипофизарно-надпочечниковой системы*, приводящая к повышению содержания кортизола в нашем организме, который служит адаптации к новой ситуации. В норме его содержание снижается на основе механизма обратной связи, когда стрессовая ситуация разрешается. Однако если тормозящий механизм такой обратной связи по каким-либо причинам нарушается, то организм продолжает работать в аварийном режиме и уровень кортизола не снижается. При длительном сохранении такого режима работы организма запасы кортизола истощаются и его уровень может резко понижаться. Соответственно, пациенты с соматоформными расстройствами демонстрируют либо резко повышенный, либо напротив, пониженный уровень кортизола.

Больные соматоформными расстройствами с множественными соматическими симптомами демонстрируют повышенный уровень кортизола по утрам (подобно больным депрессией). Хронические болевые синдромы и хроническая усталость, напротив, часто связаны с пониженным уровнем кортизола.

Определенные нарушения в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы могут быть связаны также с предшествующими жизненными стрессами. В случае повторных стрессов это уязвимое звено в реакциях адаптации на стресс может способствовать развитию соматоформного расстройства.

- **Психологические факторы соматоформного расстройства**

Психологическая модель соматоформного расстройства, также как и в случае такого тревожного расстройства как панические атаки, основана на **представлении о порочном круге тревоги, которая играет центральную роль в фиксации внимания на соматических ощущениях.** При этом важно отметить, что большинство пациентов хорошо осознают описанные выше сомато-вегетативные симптомы и интерпретируют эти телесные ощущения как признаки грозного соматического заболевания. Эмоция же тревоги, как правило, не осознается ими вообще. Почему это происходит?

Дело в том, что заболеванию, как уже говорилось выше, предшествуют определенные сдвиги в работе организма, которые могут иметь различную природу: переутомление вследствие перегрузок и длительного недосыпания; злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами; различные соматические заболевания; переживания интенсивных отрицательных эмоций, в том числе и в межличностных конфликтах. Все эти физические и психологические стрессоры вызывают изменения в состоянии вегетативной нервной системы и как следствие этого – изменяют обычное течение физиологических процессов в организма. Например, на фоне переутомления может возникнуть состояние слабости с головокружением, при приеме психоактивных веществ – учащенное сердцебиение, тошнота, дрожь; после бурной ссоры – учащенное сердцебиение, дрожь, нехватка воздуха. Человек замечает эти сдвиги и может реагировать на них по-разному. Одна из возможных реакций – «Со мной что-то не так! С моим организмом происходит что-то опасное!». Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги. Тревога, в свою очередь, как и всякая другая эмоция, сопровождается интенсивными физиологическими изменениями. На фоне выброса адреналина появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т.д. Эти симптомы тревоги суммируются с изначальными легкими физиологическими сдвигами и приводят к их усилению.

На самом деле, тяжелого соматического заболевания нет, а работает так называемый ***порочный круг тревоги****: физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров – мысль о неблагополучии – тревога – усиление физиологических проявлений – тревожные прислушивание к неприятным ощущениям и даже в их отсутствии постоянные проверки состояния организма – провокация, усиление и фиксация телесных ощущений.*

Таким образом, постоянные прислушивания к организму могут приводить к еще большему усилению различных болевых и неприятных ощущений – включается так называемый механизм *сомато-сенсорной амплификации*. Предпосылкой такого рода поведения является повышенный уровень тревоги. Высокая тревожность, в свою очередь, может быть связана с различными обстоятельствами и стрессами, имевшими место в разные периоды жизни человека.

Другим важным фактором фиксации на телесных ощущениях являются ***трудности в регуляции эмоций***. Дефицит навыков эмоциональной саморегуляции выражается в трудностях распознавания и психологической переработки эмоций. Такого рода трудности ведут к постоянному накоп-

лению негативных эмоций и высокому уровню стресса, способствующего сохранению аварийного режима работы организма даже в спокойных или нейтральных ситуациях. Таким образом, нарушения эмоциональной саморегуляции являются важным фактором соматизации – *склонности переживать психологический стресс на физиологическом уровне.*

Еще одной психологической причиной соматизации может быть неадекватное *представление о хорошем здоровье как состоянии полного отсутствия каких-либо телесных проблем.* Это ведет к фиксации внимания на неизбежных ситуативных неполадках и отклонениях в функционировании организма, а в конечном счете к хронификации соматических симптомов.

Источником повышенного внимания к состоянию организма может быть негативный прошлый опыт: наблюдение тяжелых болезней у родственников, такие критические жизненные события как смерть кого-то из близких, а также опыт нарушения телесных границ в виде физического и сексуального насилия.

Фактором соматизации и трудностей в регуляции эмоций могут быть недостаточная родительская забота в детстве и различные психические травмы (разлука с близкими, алкоголизация и насилие в семье), о которых далеко не всегда помнят и часто не сообщают сами пациенты, склонные полностью локализовать проблему в своем физическом недомогании. При целенаправленных расспросах обнаружено, что в жизненной истории больных соматоформными расстройствами повышена частота подобных стрессогенных событий.

Социальные факторы соматоформного расстройства

Распространение соматоформного расстройства в современной цивилизации можно связать с целым рядом особенностей нашей культуры. Прежде всего, это высокий уровень стрессогенности жизни – ее высокий темп, частые перемены, интенсивные нагрузки, недостаточная социальная защищенность многих людей. Высокому уровню тревожности способствуют также некоторые ценности современной культуры: культ успеха и благополучия при высоком уровне конкуренции между людьми заставляют их скрывать свои трудности, жить на пределе сил, мешают вовремя обратиться за помощью.

Важно также упомянуть, что сами медицинские работники бывают недостаточно подготовлены для работы с такими пациентами и зачастую дополнительно фиксируют внимание пациента на соматическом здоровье, назначая бесконечные обследования и своевременно не информируя боль-

ных о функциональной природе их состояния. Внимание к телесным ощущением может быть также результатом научения, когда имеет место повышенная озабоченность здоровьем у кого-то из ближайшего окружения.

III. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНОГО РАССТРОЙСТВА

Современный подход к лечению соматоформного расстройства предполагает комбинацию различных методов – биологической терапии (медикаментозной и немедикаментозной) и психотерапии. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях.

Медикаментозное лечение

Для лечения соматоформного расстройства используются психофармакологические препараты различных групп.

- **Антидепрессанты**

Антидепрессанты смягчают соматические симптомы и боли при соматоформном расстройстве, но далеко не всегда купируют их полностью. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, анафранил) используются уже с конца 1950-х гг. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось. Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. К современным антидепрессантам относятся флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт, стимулотон, серената, асентра), циталопрам (ципрамил), эсциталопрам (ципралекс), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), миртазапин (ремерон), венлафаксин (эфевелон, велаксин) и др. Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления. Антидепрессанты не вызывают привыкания и развития синдрома отмены.

- **Бензодиазепины**

Доза препарата подбирается врачом-психиатром индивидуально до достижения эффекта. Лечение основано на принципе минимально достаточных доз во избежание развития привыкания к препарату. Курс терапии обычно ограничен одним-двумя месяцами, после чего по необходимости производится замена препарата. Наиболее часто для лечения соматоформных расстройств в современной медицине используются: феназепам, алпразолам, диазепам, клоназепам, лоразепам.

Основные этапы терапии

I. Определение тактики лечения – выбор препаратов с учетом основных симптомов расстройства у каждого пациента индивидуально, подбор адекватной дозы препарата, индивидуальной схемы лечения.

II. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение тревоги и соматических симптомов вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня социальной активности.

III. Проведение поддерживающего курса терапии в течении 4–6 и более месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания – возобновления соматических симптомов.

Что обычно мешает проведению медикаментозного лечения

- Неправильное представление о природе соматоформного расстройства и о важности психофармакологического лечения.
- Распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов: возникновение зависимости от них, отрицательное влияние на состояние внутренних органов. Многие пациенты уверены, что лучше продолжать обследования и искать органическую причину, чем принимать психотропные препараты.
- Многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.
- Важно помнить, что проведены многочисленные исследования, подтверждающие высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Вред, наносимый соматоформным расстройством эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами, которые иногда возникают при применении антидепрессантов.

Психотерапия

Методом первого выбора в лечении соматоформного расстройства является *когнитивно-бихевиоральная психотерапия,* доказавшая свою высокую эффективность в ряде исследований.

Важнейшей специальной задачей психотерапии является информирование пациента о природе и механизмах его заболевания и об *основных законах эмоциональной жизни* (о ее непрерывности и прямой связи с соматической сферой организма, о феномене «накопления» непереработанных на психологическом уровне негативных эмоций и их выражении в виде соматического неблагополучия). Неумение осознавать и регулировать свои эмоции является важной причины нарушения обратной связи, призванной «отключить» аварийной режим работы организма, когда ему не угрожает опасность. Поэтому следующей специфической задачей является ***формирование и развитие навыков эмоциональной саморегуляции***, а именно:

- способности замечать повседневные мелкие триггеры (провокаторы) отрицательных эмоций и распознавать ответные эмоциональные реакции слабой интенсивности;
- умения дать точное название этим реакциям на основе овладения словарем, включающим основные эмоциональные категории русской речи;
- умения вскрывать содержание негативных эмоций, улавливая и формулируя связанные с ними мысли;
- способности к эффективной психологической переработке негативных эмоций путем формирования навыков работы с негативными мыслями и конструктивных поведенческих навыков.

Развитие описанных выше навыков необходимо для снижения уровня повседневного стресса и склонности пациентов переживать его на соматическом уровне.

В качестве другого важного фактора расстройства когнитивно-бихевиоральный подход рассматривает *катастрофическую интерпретацию телесных ощущений* – ошибки мышления. В ходе когнитивно-бихевиорального лечения пациент обучается следующим важным навыкам:

- выявлять мысли, запускающие тревогу и катастрофизацию, которые, как правило, плохо осознаются, а зачастую и просто отрицаются самими пациентами (поэтому в развитии навыка их выявления необходима помощь специалиста);
- оценивать негативные мысли с точки зрения их реалистичности и изменять их на более конструктивные, полнее отражающие реальность и не провоцирующие неадекватную тревогу;

- ➢ нормализовать образ жизни и устранять типичные для данного пациента провоцирующие факторы (хронические перегрузки, плохая организация труда и отдыха, злоупотребление крепким кофе, курением и алкоголем и др.);
- ➢ сохранять активный образ жизни, используя полученные в ходе терапии навыки совладания с тревогой;
- ➢ не скрывать от близких свои проблемы и эффективно пользоваться поддержкой окружающих.

Что обычно препятствует обращению за психотерапевтической помощью?

- ➢ Низкая информированность людей о том, что такое психотерапия.
- ➢ Убежденность в соматической природе заболевания, что заставляет больных соматоформным расстройством искать помощи у врачей-интернистов.
- ➢ Страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания.
- ➢ Скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут иметь ощутимый лечебный эффект.
- ➢ Представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

Исследования показывают, что курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск хронификации соматоформного расстройства и позволяет нормализовать социальную жизнь.

Рекомендации больным

- ➢ Помните, что неприятные физические симптомы – это лишь усиленная форма ваших нормальных реакций при стрессе или страхе; они не опасны для жизни и не вредны для здоровья.
- ➢ Напоминайте себе, что тревога – нормальное явление человеческой жизни; ее испытывают все люди без исключения. Чрезмерный страх и тревога основаны на ошибочных мыслях и умозаключениях. Задача заключается в том, чтобы изменить стиль мышления.
- ➢ Помните, что соматоформное расстройство успешно лечится современными методами. Старайтесь не откладывать обращение за помощью к специалисту.
- ➢ Старайтесь не идти на поводу у желания ограничить свою активность, сохраняйте разумные физические нагрузки, не теряйте социальные контакты.

Холмогорова А.Б.
ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Редактор *В.Г. Щур*
Оформление обложки *В.С. Ванцов*
Компьютерная верстка *Т.М. Иванова*

В оформлении обложки использована репродукция картиины *И. Левитана* «Осенний день. Сокольники» (1879 г.)

ISBN 978-5-98803-233-5



Подписано в печать 03.02.2011 года. Формат 60x88/16.
Гарнитура TimesNewRomanC. Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.
Печ. л. 30,0. Тираж 1000 экз. (1-й з-д 1-400 экз.)

Заказ 6633.

Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М»,
Москва, пер. Красина, д. 15, стр. 1
Тел. (499)254-2281, E-mail: id@medpractika.ru, http://www.medpractika.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНИТИ».
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.
Тел. (495)554-2186



Холмогорова Алла Борисовна

доктор психологических наук, профессор, зав. лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ и зав. одноименной кафедрой Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ), член президиума Российского общества психиатров (РОП), член совета Интернациональной федерации психотерапии (IFP), член-учредитель Академии когнитивной психотерапии (ACT), автор более 150 научных трудов.

В данной монографии обобщен двадцатилетний опыт клинических и популяционных исследований расстройств аффективного спектра. Представлены оригинальные практические разработки в области психопрофилактики и научно-обоснованной психологической помощи населению в системе образования и здравоохранения.